



Instituto Politécnico  
de Viana do Castelo

**Maria José de Andrade Rodrigues**

**Suporte Social, Ansiedade, Depressão e Qualidade de Vida  
de pessoas idosas a residir na comunidade e em ERPI**

**Curso de Mestrado**

**Gerontologia Social**

**Trabalho efetuado sob a orientação  
da Professora Doutora Isabel Amorim**

**Fevereiro, 2016**



## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, a professora Doutora Isabel Amorim, pelo apoio, motivação, disponibilidade e orientações que sempre me proporcionou ao longo deste trabalho.

À professora Doutora Emília Moreira, por toda a disponibilidade, apoio e compreensão demonstrado no tratamento da informação.

À professora Doutora Alice Bastos, pelas palavras de incentivo e sorriso no rosto que sempre me apresentou.

A todos os idosos que aceitaram participar neste estudo, sem os quais esta investigação não seria possível.

A todos aqueles que aqui ficando anónimos, direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

Aos meus amigos, em especial à Laura e à Magda, sempre presentes e com um ombro amigo nos momentos de riso e de choro, companheiras de aventura e impulsionadoras nos momentos de incerteza.

À memória do meu pai, que onde quer que esteja, está a olhar por mim.

À minha mãe e ao meu irmão, um enorme obrigada por acreditarem em mim, pelo apoio e dedicação que sempre me ofereceram.



## RESUMO

*Contexto e objetivo de estudo.* Com o aumento da longevidade, assiste-se a um aumento do interesse científico e social em relação à população idosa, existindo atualmente uma grande diversidade de quadros conceptuais, abordagens metodológicas e resultados de investigação. Dado este fenómeno de natureza demográfica e o seu interesse para a sociedade, surge a Gerontologia Social, a ciência que estuda o impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e na velhice, as consequências sociais desse processo e as ações sociais que podem otimizar o processo de envelhecimento. O ambiente onde o indivíduo reside é importante na medida em que afeta as suas capacidades e a sua adaptação, sendo um importante elemento facilitador ou uma barreira para sua vida, afetando assim diretamente a sua qualidade de vida. Assim, verifica-se que, o estudo das relações pessoa-ambiente é fulcral visto que o indivíduo responde, não só a uma difusão de estímulos e objetos no espaço, mas também a uma outra pessoa. Quando não existe um equilíbrio entre a pessoa e o meio envolvente, bem como com as pessoas que o rodeiam, o indivíduo debate-se com uma maior predisposição para vulnerabilidade e fragilidade, podendo levar a sentimentos de ansiedade e até mesmo de depressão. Face ao exposto, estabelece-se como objetivo do presente trabalho: analisar as relações entre suporte social, ansiedade, depressão e qualidade de vida das pessoas idosas a viver em comunidade e em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI).

*Método.* Este trabalho caracteriza-se por ser um estudo de natureza quantitativo, descritivo e correlacional. A amostra é composta por 99 idosos, sendo 50 residentes em lar da região Norte do país, e 49 idosos a residir na comunidade. Relativamente aos instrumentos de recolha de dados utilizou-se a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (Ribeiro *et al.*, 2012), o Geriatric Anxiety Inventory (Ribeiro *et al.*, 2011), a Escala de Depressão Geriátrica-15 (Pocinho *et al.*, 2009) e o World Health Organization Quality Of Life - Brief Form (Canavarro *et al.*, 2006).

*Resultados.* Relativamente às características sociodemográficas, o grupo residente em lar e na comunidade são equivalentes na distribuição em termos de género, idade e estado civil, exceto quanto à escolaridade. Os participantes residentes em lar apresentam maior risco de isolamento social do que o grupo da comunidade, contudo não se verificam diferenças no que concerne à pontuação indicadora de ansiedade grave e de maior sintomatologia depressiva, bem como relativamente à perceção geral de Qualidade de Vida e a todos os domínios avaliados.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Qualidade de Vida; Suporte Social; Ansiedade; Depressão; ERPI; Comunidade.

Fevereiro, 2016



## ABSTRACT

*Background and studies objective.* With the growth of longevity, we assist to an enhancement of the scientific and social interest to the elderly population, existing nowadays a big diversity of conceptual frameworks, methodological approaches and investigational results. Given this phenomenon of demographical nature and its interest to society, Social Gerontology emerges, the science that studies the impact of sociocultural conditions and contexts on the aging process and on age, the social consequences of that process and the social actions that can optimize the aging process. The context where the individual resides is important in that affects its capacities and adaptation, being a great helper element or a barrier in life, affecting directly its quality of life. Thus, it appears that the study of the relation person-context is important since the person responds not only to a stimuli and object diffusion on space, but to another person. When there's no balance between a person and the context, as well as the people that surround him, the person debates himself with a greater predisposition to vulnerability and fragility, which can lead to anxiety feelings and also depression. Viewing the above, establishes the objective of the present work: analyse the relations between social support, anxiety, depression and quality of life of elderly people living on community and on Residential Structures for Elders - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI).

*Methodology.* This work characterizes itself by being a quantitative, descriptive, and correlational study. The sample is composed by 99 old people, 50 of them being residents on homes of the north region of the country, and 49 living on the community. Relatively to the instruments of data collection the Social Network Brief Scale of Lubben (Ribeiro et al., 2012), the Geriatric Anxiety Inventory (Ribeiro et al., 2011), the Depression Scale-15 (Pocinho et al., 2009), and the World Health Organization Quality of Life – Brief Form (Canavarro et al., 2006) were used.

*Results.* Relatively to sociodemographic characteristics, the home residential group and the community group were equivalent on the distribution on terms of gender, age, civil status, except on schooling. The home residential participants present a higher risk of social isolation than the community group, yet no differences were found regarding the serious anxiety punctuation, and major depressive symptomatology, as well as relatively to the general perception of Quality of Life and all the evaluation domains.

**Key-words:** Aging; Quality of Life; Social Support; Anxiety; Depression; ERPI; Community.

February, 2016





## ÍNDICE GERAL

Introdução .....	11
Capítulo I - Revisão de Literatura .....	17
1.1. O Envelhecimento .....	19
1.1.1. Envelhecimento populacional e individual .....	19
1.1.2. A Gerontologia Social .....	24
1.1.3. O fenómeno do envelhecimento à luz das várias perspectivas teóricas .....	26
1.1.4. Ambiente residencial .....	28
1.2. A Qualidade de Vida e envelhecimento .....	35
1.3. Suporte Social e envelhecimento .....	41
1.4. Ansiedade, depressão e envelhecimento .....	49
1.4.1. Ansiedade e envelhecimento .....	50
1.4.2. Depressão e envelhecimento .....	53
1.5. Objetivos de estudo .....	56
Capítulo II - Método .....	59
2.1. Desenho de investigação .....	60
2.2. Amostra .....	61
2.3. Instrumentos de recolha de dados .....	62
2.4. Procedimentos de recolha de dados .....	67
2.5. Estratégias de análise de dados .....	68
Capítulo III - Resultados .....	70
3.1. Caracterização sociodemográfica .....	71
3.1.1. Caracterização do grupo residente em ERPI .....	72
3.1.2. Caracterização do grupo residente em Comunidade .....	77
3.2. Perfil de funcionamento dos participantes considerando aspetos sociodemográficos e de contexto, Suporte Social, ansiedade, depressão e Qualidade de Vida .....	80
3.2.1. Rede de Suporte Social .....	80
3.2.2. Ansiedade .....	81
3.2.3. Sintomatologia depressiva .....	82
3.2.4. Qualidade de vida .....	83
3.3. Associações entre as variáveis relativas ao perfil de funcionamento individual .....	85
Capítulo IV - Discussão .....	87
Conclusão .....	101
Referências Bibliográficas .....	105

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caraterização sociodemográfica dos participantes .....	71
Tabela 2. Tempo de residência na ERPI e motivo de institucionalização .....	73
Tabela 3. Relações com a família e com as pessoas da ERPI .....	74
Tabela 4. Periodicidade da receção de visitas na ERPI .....	74
Tabela 5. Frequência, atividades e acompanhamento nas saídas da ERPI.....	75
Tabela 6. Períodos contínuos fora da ERPI .....	76
Tabela 7. A quem recorre quando necessita de ajuda .....	76
Tabela 8. Características dos participantes residentes em comunidade .....	77
Tabela 9. Relações na comunidade .....	78
Tabela 10. Periodicidade das visitas que recebem em casa .....	78
Tabela 11. Distribuição dos participantes em função das saídas de casa .....	79
Tabela 12. A quem recorre quando necessita de ajuda .....	80
Tabela 13. Caraterização da rede de Suporte Social .....	81
Tabela 14. Caraterização dos sintomas de Ansiedade .....	82
Tabela 15. Caraterização da sintomatologia depressiva .....	83
Tabela 16. Caraterização da Qualidade de Vida .....	84
Tabela 17. Correlação entre idade, Suporte Social, Depressão, Ansiedade e domínios da Qualidade de Vida.....	86

## Introdução

---



Foi a partir do século XX que as sociedades europeias se confrontaram com o problema do envelhecimento mas, muito rapidamente tornou-se num problema mundial, com diferentes intensidades consoante a região e o país (Rosa, 2012). Segundo dados de Rosa (2012), entre 1960 e a atualidade o número de jovens diminuiu um milhão e o número de idosos aumentou 1,3 milhões. Assim como o número de idosos que representam a quarta idade (80 e mais anos) têm vindo a aumentar, sendo perto de meio milhão.

Com o acréscimo da longevidade, assiste-se a um aumento do interesse científico e social em relação à população idosa, existindo atualmente uma grande diversidade de quadros conceptuais, abordagens metodológicas e resultados de investigação.

De acordo com Paúl (1991) o envelhecimento humano pode ser entendido como um processo individual resultante de alterações biológicas, psicológicas, sociais, ou outras, provocadas pela idade, que atingem o ser humano modificando o seu relacionamento com a própria vida e com o mundo, alterando a sua relação com o tempo (Teixeira, 2006). Este processo possui três componentes: a biológica (capacidades/competências físicas do indivíduo); a psicológica (autorregulação do indivíduo para tomar decisões e opções); e ainda, a social (papéis sociais desempenhados na sociedade).

Contudo, o processo de envelhecimento não depende exclusivamente das particularidades individuais da pessoa, mas também do ambiente em que está inserida. O ambiente físico dos idosos é considerado como sendo um fator otimizador ou negativo no evoluir do processo do envelhecimento, com efeitos diretos na sua autonomia e efeitos indiretos pela indução de ambientes sociais favoráveis ou desfavoráveis ao bem-estar dos mais velhos (Paúl, 2005a). Estudar, numa perspectiva ecológica, o que se passa em diferentes cenários onde residem idosos, parece ser prioritário, para de futuro se diversificarem as alternativas que permitam que os idosos tenham um envelhecimento ótimo.

Neste sentido, surge um novo ramo da Gerontologia, a Gerontologia Ambiental, que tem oferecido evidências e conceitos importantes para ações de

promoção de um envelhecimento saudável. Entre outras definições, a Gerontologia Ambiental é concebida como o campo dedicado à descrição, explicação, modificação ou otimização da relação entre as pessoas idosas e o seu meio socioespacial, e, enquanto campo multidisciplinar, alimenta-se das contribuições advindas das diversas ciências (Batistoni, 2014). O desenvolvimento deste campo tem permitido compreender os determinantes contextuais do envelhecimento e a sua influência sobre a heterogeneidade na experiência dos idosos. Uma de suas proposições clássicas é a de que as condições ambientais que permitem aos idosos desempenhar comportamentos biológicos, sociais e psicológicos adaptativos estão entre as dimensões mais relevantes para o envelhecer com Qualidade de Vida.

De acordo com Altman e Rogoff (1987), o ambiente é uma organização sistemática e complexa de espaço, tempo, significado, e comunicação, que ocorrem em simultâneo numa série de configurações. Por outras palavras, os espaços tornam-se locais, quando estão ligados a pessoas, ganham significado psicológico e implicam o decurso de atividades. Para a autora, a questão do ambiente em que residem os idosos (seja na vertente de residência integrada na comunidade como na adaptação a um meio institucional), torna-se pertinente, devido a várias razões que se prendem com a diminuição das capacidades de adaptação do idoso, tornando-o mais sensível ao meio ambiente. A sua saúde e restrições implícitas impostas ao seu funcionamento fazem com que o meio se torne um importante elemento facilitador, ou uma barreira para sua vida.

Em paralelo, verifica-se que ao nível da interação humana num dado ambiente e a qualquer propósito, o indivíduo responde, não só a uma difusão de estímulos e objetos no espaço, mas também a uma outra pessoa. Assim, numa perspectiva ambiental, o estudo das relações pessoa-ambiente expressa-se como um sistema aberto, global e não dicotómico, que integra as componentes físicas do contexto (arquitetura, acústica, iluminação, decoração, etc.) e as enquadra na dimensão social (componentes culturais, organizacionais, interpessoais, intergrupais, etc.) numa dependência recíproca (Paúl, 1991).

As relações interpessoais são fundamentais aos indivíduos essencialmente para a manutenção do sentido de pertença e bem-estar, existindo ganhos diretos e/ou indiretos dos laços mantidos (Pinheiro, 2004). Estas relações asseguram condições que permitem ao indivíduo não se sentir sozinho nem desacompanhado, depositando em algumas pessoas a confiança de que as mesmas lhe prestarão retaguarda sempre que necessário, permitindo deste modo, vivenciar e/ou ultrapassar acontecimentos de vida importantes. O Suporte Social é sem dúvida um elemento chave na vida de todos os indivíduos, onde quer que vivam pois são seres em constante interação.

Contudo, pode existir situações em que se verifica que não existe um equilíbrio no que toca à interação entre a pessoa e o meio envolvente no qual o indivíduo se move e que lhe permite desenvolver as suas potencialidades e satisfazer as suas necessidades básicas, bem como com as pessoas que o rodeiam, equilíbrio este, que é atingido quando o indivíduo consegue adaptar-se às novas situações com que se depara. A realidade evidencia uma predisposição para uma maior vulnerabilidade e fragilidade na população idosa para atingir este equilíbrio, devido a um conjunto de aspetos, e a falta de equilíbrio, por sua vez, pode levar a estados depressivos e de ansiedade nos idosos. Face a um estímulo percebido como ameaçador, sente-se ansiedade, e a mesma provoca uma resposta adequada, e neste sentido, a ansiedade é útil para nos estimular a agir. Todavia, quando a ansiedade perturba o funcionamento do indivíduo e não produz respostas adequadas às situações, estamos perante um caso grave (Hell, 2009). Mais tarde, e quando não tratada devidamente, a ansiedade pode vir associada a transtornos depressivos graves, levando a sentimentos de tristeza e isolamento social, e atingindo os mais elevados índices de morbilidade e mortalidade, ou de alteração da Qualidade de Vida.

Se durante muitos anos, a grande preocupação da investigação foi a longevidade da população, atualmente e devido ao crescente aumento e importância da população mundial há cada vez mais a preocupação de envelhecer com qualidade; e não se trata só da ausência de doenças físicas que causam mal-estar, mas sobretudo de qualidade de vida em termos de bem-estar psíquico e social (Páscoa, 2008).

O envelhecimento e a Qualidade de Vida são conceitos complexos quando associados, na medida em que dependem de variados fatores, e com o crescente envelhecimento da população têm sido foco de atenção da investigação. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida na terceira idade como a manutenção da saúde, no seu maior nível possível, em todos os aspetos da vida humana: físico, social, psíquico e espiritual (Páscoa, 2008).

Neste sentido, a investigação na área da Qualidade de Vida e da interação pessoa-ambiente é de todo pertinente, uma vez que, este âmbito está a ganhar cada vez mais importância e só conhecendo a forma como o indivíduo se relaciona com os seus e com o meio em que está inserido, é que poderá ser possível uma intervenção eficaz, no sentido da promoção da saúde e de um envelhecimento saudável, aspeto que despertou o interesse para o desenvolvimento do presente estudo.

O presente trabalho encontra-se dividido em quatro partes fundamentais. O primeiro capítulo pretende enquadrar teoricamente o problema de investigação através de uma revisão da literatura nos domínios mais relevantes para seu equacionamento, abordando-se o envelhecimento, a Qualidade de Vida, o Suporte Social, a ansiedade e a depressão. O Capítulo II visa a apresentação do estudo empírico fazendo o seu enquadramento metodológico, descrevendo a forma como o estudo foi desenhado, apresentando a contextualização do estudo, os participantes no estudo, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos de recolha e análise dos dados. Por fim, no Capítulo III e IV, serão consideradas a apresentação e discussão dos resultados do estudo e as principais conclusões, face aos objetivos de estudo.



## **Capítulo I - Revisão de Literatura**

---



## **1.1. O Envelhecimento**

### **1.1.1. Envelhecimento populacional e individual**

A sociedade mundial depara-se atualmente com uma problemática que até certa medida não reconhece fronteiras ou condicionalismos – o envelhecimento demográfico. Este é um fenómeno relativamente recente, tendo as suas origens sobretudo na década de 1950 do século XX (Leão, Ataíde, Revés, Marques e Ponte, 2011).

A abordagem sobre o envelhecimento da população adquiriu, assim, uma grande importância em tempos mais recentes, decorrente da relevância que a questão tem assumido nas últimas décadas, inicialmente em alguns países mais avançados da Europa e, atualmente numa escala mais alargada, onde se mantêm os países europeus mais desenvolvidos, mas igualmente se incluem outros países da Europa, América do Norte, América Latina e Ásia, que iniciam processos relevantes de alteração de padrões de natalidade tradicionalmente elevada, como está a acontecer com alguns dos mais importantes países emergentes (Dias & Rodrigues, 2012).

O envelhecimento demográfico pode definir-se como a progressiva diminuição do peso das gerações mais jovens a favor das gerações mais velhas. O início dessa mudança coincide com a descida do número de jovens, ou seja, o envelhecimento na base da pirâmide etária, o aumento do número de idosos, envelhecimento no topo da pirâmide, bem como pode-se também falar de envelhecimento com origem em alterações das estruturas etárias intermédias, devidas às migrações de adultos em idades ativas (Bandeira, 2012).

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), após um período em que cresceu de 2 biliões de pessoas em 1950 para 6,5 biliões de pessoas atualmente, prevê-se que em 2050 a população mundial possa rondar o número de 9,1 biliões. Acentuando ainda mais esta ideia verificou-se que a percentagem de pessoas idosas cresceu notoriamente, passando de 8% em 1950 para 11% em 2009, sendo esperado que alcance os ainda mais preocupantes 22% em 2050 (INE, 2012).

Verifica-se assim que o envelhecimento da população já é uma tendência de dimensão mundial, embora seja na Europa que se localiza a maior parte das populações mais envelhecidas do mundo (Rosa & Chitas, 2013). Portugal ocupa hoje o lugar de um dos países mais envelhecidos, sobretudo pela rapidez com que este processo se manifesta: em 1980 o índice de envelhecimento era de 44, ou seja havia 44 idosos por cada 100 jovens, atualmente Portugal passou a um dos mais envelhecidos, 130 idosos por cada 100 jovens (PORDATA, 2014).

Na União Europeia, Portugal foi e continua a ser um país com uma importância populacional estável e equilibrada em relação à superfície que ocupa. Contudo, entrou com intensidade e de forma rápida na modernidade demográfica verificada (Rosa e Chitas, 2013).

Durante as últimas décadas, a demografia portuguesa transformou-se, em sintonia com as profundas mudanças sociais, económicas e políticas, nacionais e internacionais, que marcaram todo este período. Se em 1960, Portugal contava com 8,9 milhões de residentes, em 2011, o total de residentes passou para 10,5 milhões (PORDATA, 2014).

Através da análise de pirâmides demográficas e de indicadores demográficos é possível observar um aumento significativo na esperança média de vida, um declínio da população ativa mais jovem (15 - 24 anos), sendo 11,6% em 2007, em detrimento do aumento da população ativa mais velha (45 - 64 anos), 25,6% igualmente em 2007. Quanto à população idosa, com idade igual ou superior aos 65 anos, em 2007 representava 17,6%, tendo vindo a crescer continuamente, ultrapassando as estimativas da União Europeia que se situavam nos 17,1%. Esta tendência de aumento da classe etária dos idosos encontra-se mais patente, na população mais idosa, isto é, com 75 ou mais anos que em 2008 representava 8,2% da população idosa. Em relação aos idosos com 80 anos ou mais, estes representavam 24,6% da população idosa (Leão e colaboradores, 2011).

Leão e colaboradores (2011) observam um duplo envelhecimento, devido à descida da natalidade e ao aumento da longevidade, tendo consequências ao nível económico e social, como evidenciam os Índice de dependência dos jovens (a

percentagem de jovens em cada 100 ativos) que era 22,8%; Índice de dependência dos idosos (isto é, percentagem de idosos em cada 100 ativos) equivalendo a 26,3%, e o Índice de dependência total, ou seja, o número de jovens entre os 0-14 anos e idosos com 65 e mais anos em cada 100 ativos (14-64 anos), encontrava-se em 49%, um valor demasiado elevado para apenas uma classe ativa (67,1%).

Rosa (2012) analisa os resultados do INE para o futuro em Portugal, e perspectiva que a população portuguesa deverá continuar a envelhecer e poderá continuar a fazê-lo de modo particularmente intenso. Mesmo que os níveis de fecundidade aumentem ligeiramente e que os saldos migratórios continuem positivos no futuro, em 2060, a população de Portugal poderá continuar próxima dos dez milhões de pessoas, mas será bem mais envelhecida do que hoje: o número de pessoas com 65 e mais anos poderá ser quase o triplo do número de jovens; um em cada três residentes em Portugal (32%) poderá ter 65 ou mais anos (atualmente o valor é de 19%, portanto menos de um em cada cinco); a população com 80 e mais anos de idade poderá equivaler a 1,4 milhões de pessoas e representar cerca de 13% da população residente em Portugal; o número de pessoas em idade ativa por pessoa em idade idosa, atualmente um pouco superior a três, poderá ser inferior a dois; a população em idade ativa com menos de 40 anos poderá diminuir, aumentando, em contrapartida, o número de indivíduos nas idades ativas superiores (especialmente com 55 e mais anos).

Estas alterações demográficas que se registam decorrem de mudanças nos modelos sociais, culturais e económicos dominantes, onde se revelam a diminuição constante da taxa de natalidade, em que as gerações deixam de ser substituídas numericamente e o lugar dos adultos e dos idosos aumenta no total, assim como o aumento da esperança média de vida. O declínio da taxa de natalidade está associado a diversos fenómenos, como a redução da nupcialidade, o casamento tardio, a emancipação da mulher e a sua maior participação no mercado de trabalho. Também a generalização dos métodos contraceptivos e os encargos sociais acrescidos decorrentes de uma família numerosa, bem como o planeamento familiar e a sua inclusão no sistema público de saúde, são fatores que condicionam uma baixa de nascimentos. Um outro facto é aumento significativo da esperança de vida, resultante

das melhores condições sociais e tecnológicas, dos progressos da medicina preventiva, curativa e reabilitadora (Dinis, 1997).

Quando abordamos o tema do envelhecimento, importa esclarecer o termo de envelhecimento coletivo, abordado anteriormente, mas também o de envelhecimento individual. De acordo com Rosa (2012), o envelhecimento individual é um conceito utilizado desde sempre e pode dividir-se em: *envelhecimento cronológico*, um processo universal, progressivo e inevitável, que faz parte do processo de desenvolvimento do ser humano e todos o atravessam; e *envelhecimento biopsicológico*, vivido por cada pessoa de forma diferente, não é tão linear nem tão fixo em termos de idade, pois cada pessoa manifesta os sinais de envelhecimento dependendo dos seus hábitos, estilos de vida, vivências, da genética e até da sociedade que o rodeia.

Fenómeno complexo, o envelhecimento apresenta algumas características: é normal, gradual e universal, implicando um conjunto de transformações que ocorrem em todos os seres humanos com a passagem do tempo, independentemente da sua vontade; é irreversível, pois apesar de todos os esforços e avanços da ciência não se reverte o processo de envelhecimento; é único, individual e heterogéneo, uma vez que depende da interação de fatores internos (como a genética) e externos (como o estilo de vida, educação, ambiente e condições sociais). São estas interações que explicam a diversidade e heterogeneidade do envelhecimento humano. O envelhecimento é definido como um processo que ocorre ao longo do tempo, dinâmico, complexo e universal, existindo diversas trajetórias (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006).

Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) definem como principal característica do envelhecimento a variabilidade inter e intra-individual, pois existem padrões de envelhecimento distintos tanto entre pessoas com a mesma idade cronológica, como nas diversas funções de uma mesma pessoa (fisiológicas, psicológicas, sociais). Logo, as pessoas com mais de 64 anos não representam um grupo homogéneo. O envelhecimento é um processo normal, diferente de doença. Aliás, a maioria das pessoas idosas conserva as capacidades e competências que foi adquirindo no seu percurso e desenvolve trajetórias de vida ajustadas aos desafios do envelhecimento.

O envelhecimento é definido como um conjunto de processos inerentes ao desenvolvimento que pode ser entendido como a perda de capacidades adaptativas e diminuição da funcionalidade, resultantes de alterações que ocorrem a nível biológico, psicológico e social no indivíduo (Silva, 2008). Também Stuart-Hamilton (2002) define o envelhecimento como um processo que provoca no organismo modificações biológicas, psicológicas e sociais, incidido do nascimento à velhice, tais orientações são naturais e gradativas. Porém, é na velhice que esse processo se torna mais aparente e suscetível a doenças que causam deficiências, muitas delas irreversíveis.

A velhice é uma etapa da vida que termina inevitavelmente com a morte, contudo, o começo, características e condições não estão totalmente claras. A idade não é um critério adequado para imputar a condição de velho a uma pessoa, assim os investigadores procuram medidas, a que chamam de idade funcional, para perceber esta condição. Este conceito implica o funcionamento do nosso organismo desde uma perspectiva biológica, psicológica e social. Como funciona o nosso corpo, como sentimos e nos emocionamos, como nos relacionamos com os outros, e como nos envolvemos com os outros e com vida, seriam alguns dos fatores através dos quais poderia medir-se quão velhos somos (Fernández-Ballesteros, 2002).

A idade cronológica, medida em dias, meses ou anos, é usada como o principal índice de informação acerca de uma pessoa e do seu desenvolvimento, contudo diversos autores apresentam outras idades para se proceder a análises por outras perspetivas. Baseando-se nessa diversidade do fenómeno de envelhecimento, Rowe & Kahn (1997) apresentam três formas distintas de envelhecer: velhice normal, velhice patológica, e velhice com êxito (também chamada de velhice competente, satisfatória ou ativa). A velhice normal é aquela que decorre dos padrões correspondentes a um determinado contexto, ou seja, corresponde à média dos parâmetros correspondentes ao funcionamento biológico, psicológico e social. A velhice patológica é aquela que decorre com doença. A investigação demonstra que a velhice não é sinónimo de doença, contudo é certo que um determinado indivíduo com mais idade tem maior probabilidade de adoecer. A velhice satisfatória, com êxito, competente ou ativa pode-se definir como aquela que decorre com uma baixa probabilidade de doença e de

incapacidade associada, um alto funcionamento cognitivo, físico e funcional, e um alto compromisso com a vida e com a sociedade.

Já Papalia e Feldman (2013) distinguem envelhecimento primário e secundário. Por envelhecimento primário entende-se o processo gradual e inevitável de deterioração física que começa cedo na vida e continua ao longo dos anos. Já envelhecimento secundário resulta de doenças, abusos e maus hábitos, fatores que em geral podem ser controlados.

O envelhecimento parece então não ser determinado diretamente pela idade cronológica, mas antes das experiências de vida do próprio idoso, sem esquecer as expectativas futuras. Relaciona-se então, com as consequências das vivências pessoais do ser humano, o contexto social e cultural em que está inserido, de acordo com os aspetos biológico, cronológico, psicológico e social.

### **1.1.2. A Gerontologia Social**

Este fenómeno de natureza demográfica, decorrente do facto de as pessoas passarem a viver mais tempo foi acompanhado por um interesse crescente das ciências sociais e humanas em conhecer melhor os processos de envelhecimento, passando a ser cada vez maior o número de investigadores a ocupar-se do estudo deste processo.

A necessidade de obtenção de mais conhecimentos acerca dos idosos, do processo de envelhecimento, de como ele se encaixa na história de vida de cada indivíduo e das suas consequências sobre a condição de vida quotidiana, ganhou uma nova pertinência a partir do fim da II Guerra Mundial, induzida por um fenómeno importante: o aumento significativo da esperança média de vida e o correspondente envelhecimento da população. A importância dos idosos como um grupo específico, dotado de uma cada vez maior relevância estatística e social, acerca do qual era absolutamente necessário saber mais, originou o aparecimento de uma disciplina nova, a Gerontologia (Fonseca, 2006).



Proposta por Metchnicoff em 1903, a Gerontologia (do grego *gero* = envelhecimento + *logia* = estudo) constitui-se como um campo multi e interdisciplinar que visa a descrição e a explicação das mudanças típicas do processo de envelhecimento e dos seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais. É o campo de estudos que investiga as experiências de velhice e envelhecimento em diferentes contextos socioculturais e históricos, abrangendo aspectos do envelhecimento normal e patológico. Investiga ainda o potencial de desenvolvimento humano associado ao curso de vida e ao processo de envelhecimento. Caracteriza-se como um campo de estudos multidisciplinar, que recebe contribuições metodológicas e conceptuais das principais disciplinas como a biologia, psicologia e ciências sociais (Almeida e colaboradores, 2012).

Fernandéz-Ballesteros (2002) refere que o envelhecimento, a velhice e o idoso, constituem evidentes objetos de estudo da Gerontologia que podem ser abordados desde uma perspectiva de investigação básica e aplicada.

Segundo Alkema & Alley (2006), os desafios da Gerontologia enquanto campo integrado do conhecimento inclui barreiras para a interdisciplinaridade, a adoção de uma linguagem comum entre os especialistas e estudiosos do envelhecimento, a integração do conhecimento biopsicossocial e das teorias já produzidas. Como alertam os autores, a Gerontologia é vista por alguns estudiosos como uma ciência com dados ricos e teorias pobres. No campo das práticas, o desafio consiste em articular as teorias à prática a fim de melhorar as condições de vida e de saúde dos idosos e da população que envelhece.

Com o desenvolvimento da Gerontologia surgiram novos ramos de estudo, como é o caso da Gerontologia Social que partilha os mesmos objetos de estudo com a Gerontologia, mas tem um foco de estudo distinto.

O termo Gerontologia Social foi usado pela primeira vez, em 1964, por Clark Tibbits para descrever a área da Gerontologia que estuda o impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e na velhice, as consequências sociais desse processo e as ações sociais que podem otimizar o processo de envelhecimento (Paúl, 2005a). É uma área científica de formação recente

que constitui uma exigência e necessidade das sociedades contemporâneas, surgindo como construção de uma área multidisciplinar do conhecimento na procura do saber sobre as interdependências entre o envelhecimento humano e coletivo, designadamente ao nível do impacto dos fenómenos do envelhecimento nas estruturas familiares, na economia, na proteção social, no direito, nas representações sociais sobre a vida, a morte e o envelhecimento, assim como, nas práticas culturais e na relação com o tempo.

Na Gerontologia Social, os investigadores são confrontados com uma ampla variedade de problemas de investigação que vão desde o abstrato (o que são os efeitos do envelhecimento da população sobre presente e futuro de estruturas sociais) para as práticas (o que as políticas públicas podem melhorar). Para compreender adequadamente estes problemas exige não só dados, mas também explicação (teoria), contudo a teoria desempenha um importante papel na investigação sobre o envelhecimento (Bengtson, Burgess & Parrott, 1997).

### **1.1.3. O fenómeno do envelhecimento à luz das várias perspectivas teóricas**

Em contraste com o desenvolvimento da teoria das ciências biológicas, o progresso teórico tem sido mais desafiador no que respeita à Gerontologia Social, devido aos complexos fenómenos do curso de vida. Apesar do estudo do envelhecimento ser recente, existe imensa informação. Contudo, não se sabe tanto quanto se gostaria de saber sobre como e porquê existe tanta variação no envelhecimento. As perguntas porquê e como (porquê e como envelhecemos) requerem teoria para serem explicadas (Bengtson, Gans, Putney & Silverstein, 2009).

Bengtson e colaboradores (2009) definem a teoria como uma explicação que está alinhada com uma perspectiva científica sobre o desenvolvimento do conhecimento. Uma tentativa de explicar é a maneira mais simples para definir teoria. Também Paúl (2012) define teoria como uma forma de explicar e sistematizar os

fenómenos que observamos e levantar hipóteses ou fundamentar intervenções, daí o seu carácter essencial para o desenvolvimento científico.

Se a teoria é insuficiente, a investigação ou programa de intervenção irão falhar porque não vão alcançar os objetivos pretendidos. Se a explicação não é apoiada por pressupostos teóricos que são testados pela pesquisa, então é difícil avaliar se os resultados ou a política de intervenção é baseada em pressupostos suportáveis sobre o porquê as coisas acontecem (Bengston, Burgess & Parrott, 1997).

Muitas são as formas de conceptualizar o envelhecimento e a velhice, desde a biologia, a psicologia ou a sociologia. Contudo, nenhuma destas teorias, em separado, será capaz de explicar adequadamente o processo de envelhecimento, uma vez que, como já foi enfatizado anteriormente, as mudanças do tempo no organismo humano são múltiplas e com várias causas (Fernández-Ballesteros, 2000). O autor descreve sumariamente o contributo de cada bloco teórico para a explicação do processo de envelhecimento: as *teorias biológicas* explicam as alterações no organismo do indivíduo, no decorrer do processo de envelhecimento; as *teorias psicológicas* do envelhecimento permitem descrever as mudanças que, com o tempo e a idade, se produzem no funcionamento psicológico dos indivíduos; as *teorias sociais* do envelhecimento explicam a complexidade e a diversidade do processo de envelhecimento no contexto social.

No âmbito das teorias sociais, o contexto físico e social em que os idosos estão inseridos, torna-se alvo de estudo, na medida em que se torna relevante para a promoção de uma velhice bem-sucedida (Paúl, 1997). A abordagem ambiental do comportamento humano é uma área recente da Psicologia, em que se integram, para além das variáveis psicológicas e sociais do indivíduo e do seu grupo de pertença, as variáveis do meio físico.

Baseando-se no modelo de Moos e Lemke (1984) que enfatiza a interação entre variáveis ambientais e pessoais, no processo de adaptação dos idosos ao meio envolvente, Fernández-Ballesteros (1998) propôs o Modelo Ecológico Comportamental. Com o intuito de incorporar outras variáveis pessoais e contextuais, de forma a contribuírem para o estudo pessoa – ambiente. A principal variável

acrescentada, faz referência ao tempo, nas suas várias percepções: social, histórico e pessoal como fator que afeta e redefine o contexto e as próprias condições pessoais. Por outro lado, este modelo valoriza a existência de uma relação direta entre as condições de saúde e os níveis de desempenho comportamental. Esta relação influencia e é influenciada por variáveis contextuais e pessoais. Este modelo atribui grande importância às condições ambientais e à sua interação com variáveis pessoais, considerando estas últimas na perspectiva do comportamento social (Fernández-Ballesteros, 2000). Para a autora, as condições ambientais devem ser analisadas tendo em conta a trajetória de vida e a história passada do sujeito. Sendo assim, as condições ambientais, podem ser afetadas num determinado momento, pelos próprios reportórios de comportamento do sujeito, apreendidos pela transação e interação entre a pessoa e as circunstâncias do seu passado. Em suma, a saúde ou qualquer outro tipo de conduta (comportamental), por exemplo o bem-estar e o nível de satisfação, pode ser explicado em função da interação entre as condições pessoais e as circunstâncias contextuais e ambientais – características física e arquitetónicas, organizativas e sociodemográficas.

Este modelo conceptual explica a adaptação do idoso ao contexto ambiental, o que constitui um aspeto central da Gerontologia Ambiental. A importância da adaptação ao contexto residencial é mencionada como uma forma de preservação de saúde física e do bem-estar psicológico dos indivíduos (Duarte & Paúl, 2007).

#### **1.1.4. Ambiente residencial**

Como já foi referido, os cenários possíveis em idades mais avançadas são numerosos, ilustrando o aumento das exigências sobre os idosos, através das mudanças ao nível dos seus recursos pessoais e mudanças ao nível do ambiente. A Gerontologia Ambiental consiste num conjunto de disciplinas dedicadas à compreensão das implicações comportamentais e psicológicas de encontros entre os idosos e o ambiente, de forma a melhorar a adaptação dos indivíduos ao seu ambiente e, conseqüentemente, melhorar a sua Qualidade de Vida (Scheidt & Windley, 2006).

De acordo com Paúl (1991), toda a problemática do envelhecimento na atualidade passa pela opção de segregar os idosos para ambientes protegidos, mais ou menos institucionais, ou criar possibilidades para que possam envelhecer e morrer nas suas próprias casas e ambientes residenciais. Na abordagem desta questão, não podemos esquecer de ponderar vários aspetos, desde os fatores ligados às capacidades funcionais dos idosos, à qualidade objetiva e adequação do seu ambiente residencial, bem como, à vontade e bem-estar subjetivo do indivíduo.

A mesma autora refere que as diferentes qualidades do ambiente onde o indivíduo está inserido têm impacto na saúde física e emocional do mesmo, assim como na forma como utiliza estes mecanismos de adaptação ao meio. Assim sendo, considera-se que uma boa saúde e um bem-estar positivo dependem sobretudo de um ambiente limpo e harmonioso, no qual as determinantes físicas, psicológicas e sociais são devidamente valorizados.

Atualmente verifica-se que a população que se apresenta agora como idosa desenvolveu um maior sentido de pertença ao lugar, o que se comprova pelo facto de ser comum esta população viver há muitos anos no mesmo lugar. Neste sentido, os idosos desenvolvem um maior sentido emocional ao lugar e à comunidade que os rodeia (Phillipson, 2001; Townsend, 1957; Phillipson, 2010). Os indivíduos estão ligados às suas casas por laços afetivos, podendo atribuir-lhes um valor simbólico por associação a memórias do passado, isto é, as casas refletem valores culturais relativos às identidades pessoais e sociais, na medida em que a pessoa se apropria do seu meio, controlando-o e criando uma unidade transaccional pessoa-ambiente. No entender do mesmo autor, envelhecer na sua casa cria muitos benefícios para as pessoas idosas, que sofrem alterações sobretudo em circunstâncias de quebra de saúde e funcionalidade ou de graves dificuldades.

Como consequência desta necessidade e da vontade dos idosos permanecerem mais tempo nas suas casas, surgiu o conceito *“aging in place”*, traduzido por envelhecer em casa/no lugar, que não tem uma definição única, mas que, em geral, se refere à capacidade de continuar a viver no seu próprio ambiente, mesmo quando o declínio da competência aumenta ou quando ameaça a independência, permitindo a

escolha da pessoa idosa nos tipos de serviços prestados (Hooyman & Kiyak, 2011). Os autores conceitualizaram um quadro de envelhecimento no lugar com segurança e reconhecem a importância de múltiplos fatores, incluindo as características biológicas e psicológicas do indivíduo, a rede de apoio social, os serviços formais, os serviços de saúde e a estrutura da casa e do bairro. O uso de estratégias no envelhecimento deve considerar não apenas a pessoa e ambiente, mas também a habitação e componentes da comunidade.

Tem sido foco de interesse a análise dos benefícios para os idosos, o facto de continuarem a viver na sua casa, compreendendo ao mesmo tempo a perspectiva dos mesmos sobre este assunto, pois espera-se que tenham uma participação ativa em decisões sobre o modo como envelhecem e os contextos onde envelhecem. A este respeito, segundo Wiles e colaboradores (2011), a maioria dos idosos parece preferir permanecer em sua casa à medida que envelhece. Esta preferência parece dever-se essencialmente ao facto de as pessoas mais velhas pretenderem estar por mais tempo independentes, terem autonomia e continuarem a manter as ligações com a sua rede de Suporte Social, nomeadamente os amigos e a família (Keeling, 1999). A mudança de residência, nomeadamente para um lar de idosos, retira ao idoso a necessidade de realizar um conjunto de tarefas que estaria habituado a desempenhar, perdendo desta forma alguma autonomia, nomeadamente nas atividades de vida diária, mas também do exercício de outras atividades/*hobbies* ligados à casa, como por exemplo cozinhar, tratar de algum animal doméstico, desenvolver atividades ligadas à horticultura ou jardinagem, entre outros.

Tomasini e Alves (2007) assumem que a permanência do idoso em sua própria casa, ou junto à família, sem dúvida, corresponde à melhor alternativa de moradia no sentido de se estimular a continuação de uma vida saudável, ativa e independente na terceira idade. Envelhecer no lugar parece cada vez mais fazer sentido e mostrar-se uma ótima opção, contudo é fundamental que seja verificada a viabilidade de determinado idoso permanecer em casa, falamos essencialmente das condições físicas e psicológicas do idoso e das condições do meio onde vive, nomeadamente a casa.

O envelhecimento demográfico surge como um novo desafio para investigadores, profissionais, assim como na formulação de políticas na área social, científica, entre outras, trazendo consigo uma necessária atenção redobrada para as mudanças necessárias em relação ao ambiente de forma a que este facilite a permanência do idoso em sua casa, mesmo com o aparecimento de limitações funcionais ou de saúde. Contudo estas condições e/ou necessidades vão para além das mudanças/adaptações na estrutura habitacional, também fundamentais em alguns casos, mas importa verificar também se a comunidade oferece condições nos mais variados serviços, tais como nas áreas da saúde, social e de primeira necessidade, assim como sentimentos de segurança e confiança nas redes de Suporte Social. Desta forma, podemos assumir que envelhecer em casa é um conceito multidimensional e complexo que engloba a situação socioeconómica do idoso, a sua preferência, o tecido comunitário e a dinâmica cultural, o tipo de serviços e cuidados disponíveis, bem como a sua organização, as condições de habitabilidade básicas e avançadas, entre outras circunstâncias (Ignácio, Santinha, Rito, & Almeida, 2012).

Como vimos anteriormente, a maior parte dos investigadores que se dedicam às questões que têm a ver com o envelhecimento, e acima de tudo com um envelhecimento de qualidade, referem que, sempre que seja possível, as pessoas idosas devem permanecer no seu próprio ambiente, devendo existir, por parte da sociedade, políticas que proporcionem apoio em todas as atividades, que elas não possam, por qualquer motivo, desenvolver. Contudo, e quando essas condições não estão reunidas para o bem-estar do indivíduo, torna-se necessário encontrar outras soluções viáveis e a institucionalização em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) é uma delas.

Historicamente, e com o decorrer dos anos, o sentimento de que as respostas sociais de apoio eram também da responsabilidade do estado e da própria sociedade civil e não apenas dependentes de sentimentos religiosos, foi-se sedimentando e amadurecendo, dando origem, em termos legislativos à criação das Instituições Particulares de Solidariedade Social, conhecidas habitualmente pela sigla IPSS. Para Fernandes (2004), apenas a partir do início da década de setenta, de acordo com as

novas políticas sociais da velhice, as instituições são criadas tendo em vista a prevenção da dependência e a integração das pessoas idosas na comunidade.

No que diz respeito ao encargo social, a partir desta data, distinguiram-se dois tipos de instituições: as que tinham como objetivo a institucionalização das pessoas idosas (lares ou residências) e as que procuravam criar condições para manter a pessoa idosa no seu próprio domicílio (Jacob, 2002).

A definição de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) está consignada na Portaria n.º 67/2012, de 21 de março, publicada no Diário da República n.º 58, I Série, constituindo o novo quadro jurídico regulamentar das Estruturas Residenciais para Idosos e revoga os anteriores Despachos Normativos (anteriormente designados lar de idosos). Esta portaria adota uma definição muito mais ampla, referindo que considera-se estrutura residencial para pessoas idosas *“o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem”* (Portaria n.º 67/2012, p.1324).

Jacob (2002) refere que se fala em institucionalização do idoso quando, por qualquer motivo, este permanece durante o dia ou parte dele, numa determinada instituição. Quando a permanência destes se prolonga pelas 24 horas, passam a designar-se por idosos institucionalizados residentes.

Há algumas décadas atrás, a responsabilidade de cuidar das pessoas idosas era da própria família. A família é um elemento muito importante na vida do idoso, tendo um papel fundamental na assistência e na manutenção do idoso no seu contexto habitual (Sousa, Patrão & Vicente, 2012). Contudo, com as alterações entretanto surgidas a nível social - famílias menos numerosas, integração da mulher no mercado de trabalho, o próprio facto de vivermos numa sociedade que muitas vezes privilegia a competição e o consumismo, bem como o aumento da mobilidade geográfica dos elementos da família - levou a que algumas famílias transferissem a responsabilidade das pessoas idosas para o estado ou instituições privadas.



Embora a família, enquanto rede social de apoio informal seja o maior suporte de apoio físico e emocional do idoso, os amigos também têm forte influência no seu bem-estar, pela partilha da intimidade, de interesses, confidencialidade, prestação de cuidados, socialização, entre outros. No entanto, com o passar dos anos o idoso vai perdendo algumas pessoas significativas sejam elas familiares, nomeadamente o cônjuge, ou amigos próximos, e a sua rede social vai-se alterando completamente circunscrevendo-se a um palco cada vez mais reduzido (Sousa, Patrão & Vicente, 2012).

A par destas alterações a nível familiar e social, outras razões se podem salientar para a procura desta solução, nomeadamente a falta de uma habitação adequada e o aparecimento de algumas mudanças biológicas e funcionais características da velhice, como o agravamento do estado de dependência do idoso que faz com que outras consequências se revelam, nomeadamente, o isolamento, situações graves de doença, entre outras, e o remeter do idoso para uma instituição torna-se na maioria dos casos a única solução viável.

Neste sentido, são vários os autores e os estudos que refletem acerca das possíveis razões que poderão levar um idoso à institucionalização. Born & Boechat (2006), após análise de doze estudos efetuados nos EUA, chegam à conclusão de que as razões para a institucionalização seriam: idade, diagnóstico, limitação nas atividades de vida diária, morar só, estado civil, situação mental, etnia, ausência de suportes sociais e pobreza. Wilmoth (2002 como citado por Almeida, 2008) refere a viuvez, doença e deficiência física ou mental. Para Paúl (2005a), as causas da institucionalização poderão ser problemas de saúde que limitam o funcionamento dos idosos, falta de recursos económicos para a manutenção da casa, viuvez e situação de despejo.

São estas as principais razões, que levam com alguma frequência à necessidade de recurso do idoso à residência em ERPI, mas deve-se também ao facto do envelhecimento ganhar uma nova representação na sociedade atual, e é encarado como uma alternativa da vida moderna da família (Almeida, 2008). Como evidenciam os autores atrás referidos, as causas para a institucionalização podem ser inúmeras,

sendo muitas vezes a conjugação destas diversas causas, e não apenas de uma ou de duas, que origina a escolha deste tipo de apoio social.

Como qualquer mudança, a institucionalização do idoso traz consequências para o mesmo, tanto negativas como positivas. Segundo Born & Boechat (2006), por mais qualidade que a instituição possua, vai haver sempre um corte com o que se passava anteriormente, passando a existir um certo afastamento do convívio social e familiar. Por outro lado, a pessoa idosa vai ter de se “familiarizar” com um conjunto de situações completamente novas como sejam: novo espaço, novas rotinas, pessoas que não conhece e com quem vai ter que partilhar a sua vida. Esta nova realidade pode, por isso, originar reações de angústia, medo, revolta e insegurança.

Para Golant (citado por Almeida, 2008) os resultados da mudança para uma instituição têm a ver, por um lado, com as características sociodemográficas dos idosos, a congruência entre a personalidade, o ambiente e os padrões comportamentais, bem como a avaliação que fazem do meio, os recursos pessoais, a avaliação dos processos de mudança e os respetivos recursos para lidar com a situação. Se esta interação de fatores não tiver sucesso, o processo de institucionalização exercerá uma influência negativa no seu bem-estar. Também para Fonseca (2006), os idosos residentes em ERPI tendem a sentir-se mais sós e insatisfeitos. Os dias são monótonos e estão afastados das suas redes sociais. Variáveis como a decisão da ida para um lar (se foi o próprio a decidir ou terceiros), o grau de discrepância entre as competências individuais e o ambiente (se o idoso se sente competente e submetido a uma situação de dependência, e penoso) e as características do próprio indivíduo, tem influência no impacto que a institucionalização tem no idoso (Fonseca, 2006).

Contudo, parece verificar-se que não existem só consequências negativas na institucionalização. Em situações em que esta medida se torna inevitável, quando por exemplo, o estado de saúde é muito precário e não existem familiares ou pessoas significativas que se responsabilizem por cuidar destas pessoas, para os idosos que forem capazes de fazer esta transição de vida de uma forma natural (tendo efetuado, por exemplo, visitas à ERPI, tendo conhecimento de que existem pessoas das suas

relações que também optaram por esta solução, sabendo que o lar é capaz de providenciar, além do essencial para levar uma vida digna, uma série de soluções que lhes permita manter um conjunto de atividades que possivelmente caso se mantivessem na sua casa, não as efetuariam) esta opção tornar-se-á uma boa solução para viverem o resto da sua vida com qualidade.

Como refere Vendeuvre (1999, citado por Almeida, 2008), muitas vezes os laços familiares fortalecem-se e a qualidade relacional melhora com a institucionalização do idoso, talvez porque a carga, por vezes excessiva de olhar por um idoso dependente, que a família sentia, fica resolvida, deixando lugar à expressão do afeto. Assim, o sucesso desta dependerá de múltiplos fatores que passam, sobretudo, pela capacidade dos idosos se tornarem cada vez mais atores principais de todo este processo e pela mudança de mentalidades dos responsáveis pelas instituições, reconhecendo os idosos como seus parceiros e, em suma, encará-los como clientes que possuem os seus desejos e as suas ambições.

Neste sentido é reconhecido a importância que o ambiente pode assumir ao nível da vida das pessoas idosas. Isso mesmo foi reconhecido pela OMS, dando seguimento a conclusões saídas da II Assembleia das Nações Unidas sobre o Envelhecimento que decorreu em Madrid, em Abril de 2002. É referida a importância que o ambiente pode ter como um fator otimizador ou inibidor no processo de envelhecimento, quer na autonomia, quer na indução de ambientes sociais favoráveis ou desfavoráveis ao bem-estar das pessoas idosas. Também a posição de Lawton (citado por Almeida, 2008), vai no mesmo sentido ao referir que a habilidade de um indivíduo para funcionar efetivamente num determinado ambiente é o produto da competência do indivíduo, somada à pressão ambiental.

## **1.2. A Qualidade de Vida e envelhecimento**

Durante muitos anos, a grande preocupação da investigação médica foi a longevidade. O esforço dos cientistas organizava-se, e ainda se organiza, em torno do desejo de viver o maior número de anos possível. Contudo, hoje, e para além da

preocupação com a longevidade, há também, e cada vez mais, uma preocupação centrada na importância do envelhecimento com qualidade; e não se trata só da ausência de doenças físicas que causam mal-estar, mas sobretudo de bem-estar e Qualidade de Vida em termos psíquicos e sociais (Páscoa, 2008).

Ao longo dos tempos tem-se referido muito a questão da felicidade, e tem-se estudado quais os indicadores que estão diretamente associado ao bem-estar. Começou a questionar-se os indicadores sociais na Qualidade de Vida, principalmente o que se refere aos aspetos subjetivos da Qualidade de Vida, pois mudanças ao nível do bem-estar material, das desigualdades económicas e aspetos da vida social, não constituía uma mudança significativa na perceção de Qualidade de Vida, contudo, a associação anterior, evidente nos países desenvolvidos socioeconomicamente, apresenta um paradoxo, uma vez que, os índices de consumo de substâncias e as taxas de suicídio são elevados (Oliver *et al.*, 1996; Phillips, 2006 como citado em Canavarro, 2010).

Historicamente, o termo Qualidade de Vida foi mencionado pela primeira vez em 1920 por Pigou, num livro sobre economia e bem-estar, quando discutiu o suporte governamental para pessoas de classes sociais menos favorecidas e o impacto sobre as suas vidas e sobre o orçamento do Estado. O termo não foi valorizado e foi esquecido. Contudo, para outro autor, a origem do conceito de Qualidade de Vida data da década de 60, quando Lyndon Johnson, então presidente dos Estados Unidos, declarou: “...os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da Qualidade de Vida que proporcionam às pessoas” (Kluthcovsky & Takayanagui, 2007, p.14). Após a Segunda Guerra Mundial, o termo passou a ser muito utilizado, com a noção de sucesso associada à melhoria do padrão de vida, principalmente relacionado com a obtenção de bens materiais, como casa própria, carro, salário, e bens adquiridos. O termo Qualidade de Vida foi, então, usado para criticar políticas, nas quais o objetivo era o crescimento económico sem limites, remetendo para um conceito multidimensional. O conceito foi, a seguir, ampliado, a fim de medir o quanto uma sociedade se havia desenvolvido economicamente. Com o passar dos anos, o conceito ampliou-se, significando, além do crescimento económico, o desenvolvimento social, como educação, saúde, lazer, etc., comportando um

carácter subjetivo uma vez que cada pessoa avalia a sua qualidade de vida de forma pessoal e sob diversas perspectivas.

Ainda de acordo com Kluthcovsky & Takayanagui (2007), ultimamente, tem-se valorizado fatores como satisfação, qualidade dos relacionamentos, realização pessoal, percepção de bem-estar, possibilidades de acesso a eventos culturais, oportunidades de lazer, entre outros, como a felicidade, solidariedade e liberdade. Assim, há uma crescente mudança dos enfoques quando se fala em Qualidade de Vida, com a intenção de, cada vez mais, dar vida aos anos, e considerar, além dos aspetos objetivos, também os aspetos subjetivos do tema.

Também Walker (2010) defende que a Qualidade de Vida é um conceito multinível, complexo, com inúmeros componentes – objetivas, subjetivas, positivas, negativas, micro-individuais - com interações entre si.

Pelo enorme interesse na temática da Qualidade de Vida, pela proliferação de definições pouco claras e pelos inúmeros instrumentos de avaliação desenvolvidos sem base científica, a OMS, na década de 90 forma um grupo de peritos pertencentes a diferentes culturas (WHOQOL Group, 1994), com o objetivo de debater o conceito de Qualidade de Vida e construir um instrumento para a sua avaliação transcultural. Este grupo considerou que o conceito deveria basear-se em três princípios básicos: subjetividade (a sua definição deveria depender do ponto de vista do indivíduo); multidimensionalidade (a sua definição deve abarcar diferentes aspetos ou dimensões) e presença de dimensões positivas (autonomia) e negativas (dependência). Assim, Qualidade de Vida é definida pela OMS como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserida e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Canavarro *et. al*, 2010). Esta definição expressa um conhecimento amplo e complexo de Qualidade de Vida, que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio envolvente.

Também Kluthcovsky & Takayanagui (2007) referem-se ao conceito de Qualidade de Vida, argumentando que este pode basear-se em três referências: a)

histórica, onde numa determinada época de uma sociedade há um padrão de qualidade de vida, que se poderá distinguir de um outro período de tempo, na mesma sociedade; b) cultural, onde os valores e as necessidades variam de sociedade para sociedade; e c) parâmetros de bem-estar estratificados entre as classes sociais com desigualdades acentuadas, onde está presente a ideia de que a Qualidade de Vida está relacionada com o bem-estar das classes sociais superiores.

A Qualidade de Vida pode ainda ser definida em duas dimensões: a objetiva e a subjetiva (Almeida, Gutierrez & Marques, 2012). Relativamente à dimensão objetiva esta pode ser verificada por observadores externos, e inclui, o poder económico, emprego, a habitação, a educação, características da rede informal, competências comportamentais do indivíduo, entre outros. No que diz respeito à dimensão subjetiva, esta pode ser averiguada de modo indireto, são as perceções sobre as experiências e valores individuais, incluindo a felicidade e a satisfação com a vida.

Ribeiro (1997) realça também o aspeto da multidimensionalidade e também da subjetividade, uma vez que a refere como integrando uma perceção subjetiva de bem-estar físico, emocional e social, e realça alguns pressupostos subjacentes do próprio conceito de Qualidade de Vida: a) a Qualidade de Vida não é ausência de doença; b) a Qualidade de Vida manifesta-se ao nível do bem-estar e da funcionalidade; c) a Qualidade de Vida define-se por uma configuração de bem-estar que é uma dimensão auto-percebida; d) a Qualidade de Vida abrange aspetos físicos, mentais, sociais e ambientais, da mesma realidade e, portanto, com relações sistémicas entre elas; e) a Qualidade de Vida é um processo dinâmico.

Assim sendo, a Qualidade de Vida é um conceito amplo. Incorpora de uma forma complexa a saúde física de uma pessoa, o seu estado psicológico, o seu nível de dependência, as suas relações sociais, as suas crenças e a sua relação com as características proeminentes no ambiente. À medida que o indivíduo envelhece, a Qualidade de Vida é fortemente marcada pela sua habilidade de manter a autonomia e independência (Farenzena, Argimon, Mouruguchi & Portuguese, 2007).

A partir do momento em que a Qualidade de Vida passou ser vista como um indicador de adaptação ao envelhecimento, surgiu uma crescente preocupação e

investigação no âmbito da Qualidade de Vida das pessoas idosas. Também o crescente envelhecimento da população tem vindo a fomentar o interesse por esta temática (Paúl & Fonseca, 2005).

Jacob (2007) ao fazer uma revisão de estudos sobre a Qualidade de Vida dos idosos observou que esta está dependente sobretudo dos seguintes determinantes: a) possuir autonomia para executar as atividades do dia-a-dia; b) manter uma relação familiar e/ou com o exterior regular; c) ter recursos económicos suficientes; e d) realizar atividades lúdicas e recreativas constantemente.

Na mesma linha, a OMS define igualmente Qualidade de Vida na terceira idade como a manutenção da saúde, no seu maior nível possível, em todos os aspetos da vida humana: físico, social, psíquico e espiritual (Páscoa, 2008).

É possível destacar seis componentes nucleares da Qualidade de Vida na velhice, de acordo com a investigação realizada na área e com as definições dadas pelos próprios idosos (Bastos, Faria & Carvalho, 2013): (1) *variáveis psicológicas* - este inclui o controlo da mestria individual, o ajustamento cognitivo, as experiências e as comparações sociais; (2) *saúde e estatuto funcional* - este ponto parece ser o primeiro preditor de Qualidade de Vida, apesar deste sentimento ser maior nas pessoas saudáveis, as pessoas doentes não atribuem tanta importância ao fator saúde; (3) *relações sociais, suporte e atividade* - as relações têm um papel fulcral na Qualidade de Vida, e em primeiro lugar refere-se os papéis sociais e as atividades desenvolvidas; (4) *condições económicas e independência* - para além da saúde, as condições económicas são os principais preditores de Qualidade de Vida, estando em causa a questão da independência; (5) *condições ambientais* - a decisão de escolher onde ficar no envelhecimento também é fator fulcral no tópico da Qualidade de Vida, pois a casa, a vizinhança e todo o ambiente envolvente são essenciais para que o idoso se sinta satisfeito; e (6) *atividades de lazer e mobilidade* - estes pontos são essenciais para que o idoso viva de forma autónoma e também são fatores de Qualidade de Vida e satisfação com a vida.

Segundo Ramos (2001, como citado em Almeida, 2008), a Qualidade de Vida do idoso depende essencialmente dos seguintes fatores: saúde e capacidade funcional,

nomeadamente no seu reflexo sobre as atividades da vida diária e das atividades instrumentais da vida quotidiana; relações interpessoais que o façam sentir-se acompanhado e querido; independência, entendida como capacidade de organizar o seu dia-a-dia e de escolher as atividades a realizar; convicção da sua utilidade, quer enquanto repositórios de sabedoria experiência e outras qualidades úteis à sociedade, quer como produtores de contributos económicos e sociais, quer ainda pelo valor dado ao contributo de uma vida oração e ascese, como é o caso das ordens religiosas contemplativa; ausência de condições económicas asfixiantes.

Considerando as diversas perspetivas apresentadas, importa salientar a necessidade de ter em conta que a Qualidade de Vida varia de pessoa para pessoa, consoante o contexto social, as experiências de vida e outros determinantes pessoais. Além disso, os idosos estão sujeitos a estas e outras circunstâncias específicas do processo de envelhecimento que podem levar a uma diminuição da Qualidade de Vida. Na literatura encontramos, além dos já referidos, ainda outros determinantes, dependentes do contexto e das circunstâncias em que as pessoas vivem (Paúl & Fonseca, 2005).

Também Vecchia, Ruiz, Bocchi & Corrente (2005) debruçando-se sobre o conceito de Qualidade de Vida no idoso o relacionam à auto-estima e ao bem-estar pessoal, abrangendo uma série de aspetos como a capacidade funcional, o nível socioeconómico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive. O conceito de Qualidade de Vida, portanto, varia de autor para autor e, além disso, é um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo.

A investigação na área da Qualidade de Vida em idosos, revela a importância dos relacionamentos sociais como recurso na Qualidade de Vida, o mesmo tem sido corroborada por vários autores na literatura (Paúl & Fonseca, 2005), além disso, a interação social pode contribuir para a adaptação ao envelhecimento. As redes de



Suporte Social estão claramente ligadas à Qualidade de Vida, no seu todo e nos seus vários domínios.

Estudos realizados com idosos da população portuguesa a residir na comunidade evidenciam que a participação social de forma ativa e regular apresenta-se como um indício de uma melhor Qualidade de Vida (Teixeira, 2010). Observou-se ainda que os idosos que mantêm relações frequentes e satisfatórias com os seus familiares e amigos têm uma melhor Qualidade de Vida, nomeadamente nos domínios psicológico e ambiente. Deste modo, os níveis de Qualidade de Vida serão maiores quanto mais os idosos interagirem socialmente, comprovando-se a importância de ter um espaço e alguém com quem falar, de modo a favorecer o bem-estar psicológico e social dos mesmos.

Nos estudos em que se pretende analisar se existem diferenças na perceção de Qualidade de Vida dos idosos em diferentes contextos habitacionais, verifica-se que pessoas que vivem em casa própria apresentam melhor perceção de Qualidade de Vida do que os indivíduos que residentes em ERPI. Relativamente aos diversos domínios, os idosos institucionalizados apresentam como domínios que mais contribui para a Qualidade de Vida o psicológico, seguido do social e do ambiental (Lima, Lima & Ribeiro, 2010).

Ainda em relação ao contexto habitacional onde os idosos estão inseridos a Qualidade de Vida vivenciada pelos mesmos varia de forma significativa consoante habitam numa instituição ou na comunidade. Os idosos que vivem na comunidade apresentam mais possibilidades de realizarem atividades diárias e de conviver com uma rede social mais alargada, o que melhora a sua Qualidade de Vida (Teixeira, 2010).

### **1.3. Suporte Social e envelhecimento**

Ao longo de toda a vida estabelecemos contactos com diversas pessoas que, intencionalmente ou não, influenciam a forma como vivemos e nos desenvolvemos.

Neste sentido, o ser humano é um ser social, pelo que as relações sociais ocupam um lugar fundacional ao longo de todo o ciclo de vida, sendo de diferente natureza, cumprindo diferentes funções e proporcionando uma diversidade de resultados. É certo que muitas destas relações nem sempre são cordiais e positivas para o indivíduo, contudo muitas delas são a origem de sentimentos essenciais de segurança, afeto, estabilidade, pertença e atenção indispensáveis à sobrevivência humana. A relação e/ou interação com outras pessoas (como por exemplo, estar mais ligado à família, amigos e comunidade) parece favorecer o sentimento de integração na sociedade e também indicadores de saúde física e mental (Cohen & Syme, 1985).

As relações interpessoais são fundamentais aos indivíduos, essencialmente para a manutenção do sentido de pertença e bem-estar, existindo ganhos diretos e/ou indiretos dos laços mantidos. Estas relações têm também a função de proporcionar suporte ao indivíduo. Pinheiro (2004) refere que, quer as interações, quer as relações interpessoais são fontes primordiais de Suporte Social. Estas relações asseguram condições que permitem ao indivíduo não se sentir sozinho nem desacompanhado, depositando em algumas pessoas a confiança de que as mesmas lhe prestarão retaguarda sempre que necessário, permitindo deste modo, vivenciar e/ou ultrapassar acontecimentos de vida importantes.

O Suporte Social é sem dúvida um elemento chave na vida de todos os indivíduos. Proporciona uma sensação de segurança que permite tornar os indivíduos mais confiantes e tranquilos, além de que promove o sentimento de valorização e auto-estima obrigando a trocas recíprocas, evitando o isolamento (Pinheiro, 2004). Deste modo, podemos considerar que o Suporte Social não é apenas considerado em momentos de necessidade ou de conflito, diariamente os indivíduos recorrem aos seus membros de suporte, para reaver neles sentimentos de confiança e autoestima que lhes permitem continuar a vida diária.

Ao analisar a literatura no domínio, percebe-se que não existe um consenso no que se refere à conceptualização deste termo, dependendo essencialmente da perspetiva conceptual do autor. A maioria dos investigadores refere-se ao passado do conceito de Suporte Social como um termo polissémico e heterogéneo, cujos aspetos

se foram lentamente alinhando, dando origem a um processo progressivo de teorização e operacionalização. Para tal contribuíram, por um lado, a intersecção dos principais modelos de Suporte Social e, por outro lado, as diversas tentativas de operacionalização dessas concepções, através de uma diversidade de instrumentos de medida, que até hoje não pararam de crescer.

As origens históricas do conceito de Suporte Social são unanimemente reconhecidas nos estudos de natureza epidemiológica levadas a cabo no início dos anos 70 por Cassel (1974 e 1976), que salientou a importância dos processos psicossociais, na etiologia de algumas doenças, sobretudo relacionadas com o *stress*. Cassel afirmava o benefício do ambiente social em geral, e da presença de membros significativos em particular, como fatores que diminuía a vulnerabilidade à doença, sendo referido pela primeira vez nos seus trabalhos, o efeito protetor dos processos psicossociais. O esbatimento dos efeitos adversos resultantes da exposição aos fatores de *stress*, que designou como sendo fatores protetores da saúde e do bem-estar, não era mais do que diversos tipos de apoio, provenientes dos grupos e entidades significativos, percebidos pelo indivíduo sujeito a condições adversas (Pinheiro, 2004).

Outro nome de referência histórica é o de Caplan (1974), que introduz o termo “Sistema de Suporte” que abrange, não só o núcleo familiar e de amigos, mas também os serviços informais baseados na vizinhança, a ajuda proporcionada pelos prestadores de serviços comunitários como clubes, associações e outros (Ornelas, 1994). Nesse seguimento, apontou três importantes ações de assistência (que se convertem em ganhos para o indivíduo recetor) associadas à presença de um sistema de suporte. A primeira refere-se a um incentivo da utilização dos recursos individuais (essencialmente psicológicos e emocionais) e reforço das capacidades para lidar com as diversas situações e fontes de *stress*. A segunda reporta-se a uma forma de assistência que consiste na partilha de tarefas e responsabilidades que são importantes para o sujeito, que lhe transmitem a existência de atenção, proteção e preocupação. A terceira diz respeito a uma função suplementar do sistema social que possibilita uma fonte adicional de recursos externos ao indivíduo, fornecendo

orientação, informações, bens ou mesmo treino de aptidões, auxiliando assim o recetor a lidar com situações problemáticas.

Cobb (1976) referiu-se ao Suporte Social como sendo essencialmente informação de que o indivíduo é amado, estimado e parte integrante de uma rede social. Este tipo de informação desempenharia a função de preenchimento das necessidades sociais e de proteção do indivíduo de consequências adversas relacionadas com uma situação de crise ou de *stress*. A ideia central foi a de considerar o Suporte Social como amortecedor do *stress*, concluindo que este desempenha a função de facilitador da confrontação e adaptação em situações de crise. Do seu ponto de vista, cada indivíduo detém uma ideia generalizada acerca da relação que possui com os outros, considerando possuir Suporte Social se tiver sentimento de que alguém o ama, protege e se preocupa consigo; o sentimento de que é estimado e valorizado; o sentimento de pertença a uma rede social assente na reciprocidade (Ornelas, 1994).

O Suporte Social pode ser definido em termos da existência ou quantidade de relações sociais em geral ou em particular referir-se às relações conjugais, de amizade ou organizacionais. Por vezes, o Suporte Social é também definido e medido em termos das estruturas das relações sociais do indivíduo. Contudo, o Suporte Social é, na maioria das situações definido em termos do conteúdo funcional das relações, abrangendo o grau de envolvimento afetivo-emocional ou instrumental, a ajuda ou a informação (Ornelas, 1994). Assim, Sarason *et al.*, (1983 como citado em Ribeiro, 1999) define Suporte Social como a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, valorizam-nos e gostam de nós. Bowling (1991, 1997, como citado em Ribeiro *et.al.*, 2012) define-o como um processo através do qual a pessoa pode obter, a partir da sua rede social, ajuda de carácter emocional, instrumental ou económico.

Para Ribeiro e colaboradores (2012), do ponto de vista operacional, o Suporte Social pode incluir aspetos objetivos, como o número de pessoas, a frequência e intensidade dos contactos estabelecidos, a existência de amigos íntimos e/ou redes sociais mais alargadas, bem como aspetos subjetivos como a perceção que a pessoa tem acerca da adequação e satisfação com a dimensão social da sua vida.

Em muito baseado no conteúdo, diferentes autores fazem a distinção entre diversos tipos de Suporte Social. Por exemplo, na opinião de Schwarzer, Knoll, & Rieckmann (2003) o Suporte Social divide-se em 1) instrumental; 2) tangível; 3) informativo; e 4) emocional. O primeiro tipo, o instrumental, é a ajuda prestada face a um problema; o segundo tipo de suporte, o apoio tangível, é tido como a doação de determinado bem material; o terceiro, o suporte informativo, representa a ajuda na linha do esclarecimento e aconselhamento, e por fim o quarto, o suporte emocional, é assegurar, dar garantia, confiança a nível emocional. Embora exponham estes quatro tipos de apoio, os autores sugerem que poderão ser acrescentados outros a esta lista.

Cramer, Henderson e Scott (1997 como citado em Ribeiro, 1999) distinguem Suporte Social percebido de Suporte Social recebido. O primeiro para se referir ao Suporte Social que o indivíduo percebe como disponível se precisar dele, e o segundo descreve o Suporte Social que foi recebido por alguém.

Dunst e Trivette (1990 como citado em Ribeiro, 1999) expuseram a existência de cinco componentes do Suporte Social que se encontram interligados: os componentes constitucional, o relacional, o estrutural, o funcional e o componente de satisfação. O componente constitucional inclui as necessidades e congruência entre o suporte existente e as referidas necessidades; o componente relacional inclui o estatuto familiar, o profissional, a participação em organizações sociais e o tamanho da rede; o componente estrutural inclui a proximidade física, psicológica, nível de relação, frequência de contactos, consistência e reciprocidade; o componente funcional refere-se ao tipo de suporte disponível como o instrumental, emocional, informacional, material, e a qualidade de suporte (e.g. quantidade de suporte e o intenção em apoiar); e o componente de satisfação reporta-se à ajuda proporcionada e à sua utilidade.

Os mesmos autores apresentaram também algumas dimensões de Suporte Social que consideraram ser importantes para o bem-estar, tais como o tamanho de rede social (abrange o número de indivíduos pertencentes à rede de suporte social); a existência de relações sociais, abrangendo as relações particulares tais como o casamento, às gerais como as que decorrem da pertença a grupos sociais tais como

clubes; a frequência de contactos, para designar quantas vezes o indivíduo contacta com os membros da rede social tanto em grupo como face a face; a necessidade de suporte expressa pelo indivíduo; o tipo e quantidade de suporte disponibilizado pelas pessoas que compõem as redes sociais existentes; a congruência entre o suporte disponível e o suporte que o indivíduo necessita; a utilização, para referir a extensão em que o indivíduo recorre às redes sociais quando necessita; a dependência, para exprimir a extensão em que o indivíduo pode confiar nas redes de Suporte Social recebido e fornecido; a reciprocidade, para exprimir o equilíbrio entre o Suporte Social recebido e percebido; a proximidade, que exprime a extensão da proximidade sentida para com os membros que disponibilizam Suporte Social; a satisfação, que exprime a utilidade e nível de ajuda sentidos pelo indivíduo perante o Suporte Social.

Segundo Paúl (1997), o Suporte Social assume duas fontes de suporte: formal e informal. Por suporte formal entende-se um apoio requerido pelo indivíduo ou alguém próximo ao mesmo a um serviço pago, normalmente prestado por entidades estatais ou de segurança social. Estes serviços podem ser públicos ou privados, sendo os serviços mais frequentes no caso das pessoas mais velhas lares, serviços de apoio domiciliário, centros de dia e de noite entre outros tipos de serviços prestados por profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros) e do social (assistentes sociais, gerontólogos sociais) entre os demais profissionais. O suporte informal é normalmente proporcionado por familiares, amigos, vizinhos entre outros grupos sociais que poderão estar ligados à igreja ou a outro tipo de associações que fornecem apoio nas mais diferentes atividades do dia-a-dia mediante os diversos acontecimentos de vida.

É consensual que redes sociais contribuem para o funcionamento e bem-estar ao longo do ciclo de vida. A investigação tem demonstrado que os aspetos, componentes ou dimensões do Suporte Social têm impacto diferente consoante o grupo etário. Porém, tal como defendem autores como Olsen (como citado em Ribeiro, 1999), o grupo etário revela-se uma variável determinante quando se estudam os componentes ou dimensões que caracterizam o Suporte Social na medida em que para as crianças e os idosos é a família quem exerce maior influencia no fornecimento

do Suporte Social, ao passo que no grupo com idades compreendidas entre os 30 e os 49 anos este papel pertence ao cônjuge.

A literatura existente tem demonstrado que as reduções nos contactos sociais neste período de vida não se devem à redução de contacto com as redes de apoio informal, onde se incluem a família e os amigos próximos, mas sim à diminuição nos contactos com membros periféricos da rede social. Na realidade, o contacto com amigos próximos e familiares parece manter-se de forma estável (Antonucci, Ajrouch & Birditt, 2013).

No que se refere aos idosos, averigua-se que estes se inserem no meio social através da integração familiar, da interação com os vizinhos, da participação em grupos de terceira idade, do desenvolvimento de atividades laborais promovendo o convívio com os colegas, ou se for aposentado, da manutenção de vínculos com antigos colegas de trabalho (Leite, Battisti & Scheuer, 2008). Em caso de incapacidade, os filhos são os principais prestadores de cuidado/apoio. Nos casos em que não existe uma estrutura de suporte familiar, o cuidado ao idoso é prestado por um sistema de suporte informal, como familiares mais afastados, amigos, vizinhos ou membros da comunidade.

Relativamente à família, esta é quem merece maior destaque, sendo em número superior e é quem assume geralmente o papel de cuidadores por períodos longos de tempo. A família é considerada como o pilar de todo o Suporte Social recebido, podendo constituir uma fonte de apoio emocional e instrumental, considerado uma consequência positiva para a percepção de Qualidade de Vida do idoso (Paúl, 2005b).

Baptista (2005 como citado em Rodrigues & Madeira, 2009) afirma que especialmente o suporte familiar é considerado como um amortecedor das consequências de acontecimentos traumáticos dos indivíduos. A maior parte dos cuidados domiciliários prestados a idosos com problemas funcionais é feito por familiares, a quem os idosos solicitam ajuda em primeiro lugar.

Os serviços mais frequentemente prestados pelos familiares são, por ordem decrescente de importância, o transporte, o verificar o bem-estar do idoso, os serviços domésticos, a assistência administrativa e legal, a preparação das refeições, a coordenação, as compras, a supervisão contínua, a enfermagem, e a ajuda financeira geral. Há alguns autores que apontam as filhas como as figuras principais de prestação de apoio informal e outros que reservam esse papel para os cônjuges (Paúl, 1997).

No que concerne aos amigos e vizinhos, Litwark (1981, como citado por Paúl, 2005b) afirma que, enquanto as redes familiares se baseiam na obrigação atuando “involuntariamente”, a rede de amigos/vizinhos age “voluntariamente”, causando assim um efeito mais positivo nos idosos. Para além disso, e ao contrário da família, entre os amigos as relações pautam-se pela horizontalidade, isto é, não existe uma hierarquia de valores e papéis que seja mais ou menos imposta, ou assumida como socialmente correta.

Na mesma linha, o autor afirma que os “velhos amigos” têm um papel importante na manutenção da identidade num mundo em mudança, através da partilha de tarefas, que contribuem para a interpretação do passado e do presente.

Na opinião de Paúl (2005b), os amigos têm um grande peso no bem-estar subjetivo dos idosos, pois com eles partilham intimidades, recebem apoio emocional, têm oportunidades de socialização, e mesmo apoio instrumental, sendo estas amizades uma fonte de auto-confirmação, valorização do eu e auto-perceção. Verifica-se que as pessoas que mantêm amigos próximos na terceira idade são mais felizes e saudáveis, isto porque os amigos são aqueles em quem podem confiar sentimentos e pensamentos, são os que melhor compreendem as mudanças e crises próprias do envelhecimento e são aqueles com quem podem usufruir momentos de lazer agradáveis (Ribeiro *et.al.*, 2012). Os amigos, por terem vivenciado as mesmas experiências geracionais, por partilharem as mesmas memórias e por se encontrarem a viver as mesmas alterações relacionadas com a idade, sentem maior identificação entre si. Tendem a permanecer as amizades mais profundas e de longa duração, mas também são formadas novas, normalmente com vizinhos.



A relação entre vizinhos reflete um envolvimento mais distante do que a amizade, mas baseia-se sobretudo em laços de proximidade. É, por isso, uma relação mais prática, aumentando o sentido geral de segurança. Os vizinhos podem prestar alguma ajuda, sendo nas atividades básicas e instrumentais da vida diária, responder a uma urgência ou necessidade ou simplesmente perguntar como passou a noite. Este apoio pode traduzir-se num aparente gesto de solidariedade, mas trará de forma inequívoca um maior sentido de ligação, de integração e de segurança às pessoas mais velhas, que podem partilhar no dia-a-dia algumas das suas inquietações e medos (Ribeiro *et.al.*, 2012).

A investigação nesta área demonstra que os idosos que têm uma rede de Suporte Social têm uma maior probabilidade de serem mais competentes a nível social e de terem uma maior Qualidade de Vida comparativamente com os idosos que não se relacionam com o seu grupo familiar e de amigos. Os idosos que vivem em ERPI, mesmo sendo saudáveis mas que careçam de Suporte Social, têm uma grande probabilidade de desencadearem deficiências em habilidades sociais, e possuem baixa Qualidade de Vida (Carneiro e colaboradores, 2007).

Wiles e colaboradores (2011) referem que a maioria dos idosos parece preferir permanecer em sua casa à medida que envelhece para continuarem a manter as ligações com a sua rede de suporte social, nomeadamente os amigos e a família. Também para Fonseca (2006), os idosos residentes em instituições tendem a sentir-se mais sós e insatisfeitos, pois os dias são monótonos e estão afastados das suas redes sociais. Teixeira (2010) verificou que os idosos que mantêm relações frequentes e satisfatórias com os seus familiares e amigos têm uma melhor perceção de Qualidade de Vida.

#### **1.4. Ansiedade, depressão e envelhecimento**

A saúde mental pode ser entendida como o equilíbrio psíquico que resulta de uma interação entre a pessoa e a realidade. Realidade esta, entendida como o meio envolvente no qual o indivíduo se move e que lhe permite desenvolver as suas

potencialidades e satisfazer as suas necessidades básicas. Este equilíbrio surge quando o indivíduo consegue adaptar-se, de forma satisfatória, às novas situações com que se depara.

A pessoa que está a envelhecer depara-se com uma série de perdas que advêm, quer de doenças que surgem frequentemente associadas ao envelhecimento, quer do próprio envelhecimento normal. Há assim uma maior vulnerabilidade e fragilidade na população idosa, não só devido a um aspeto biológico mas também psicológico, social e cultural que podem ser predisponentes a estados depressivos e de ansiedade nos idosos (Drago & Martins, 2009).

#### **1.4.1. Ansiedade e envelhecimento**

A ansiedade consiste numa resposta normal e adaptativa perante ameaças reais ou imaginárias, preparando o indivíduo para reagir face ao perigo. Caracteriza-se por um sentimento difuso, vago, desagradável, de medo e apreensão acompanhado por um conjunto de sintomas derivado da antecipação de um perigo, de algo desconhecido ou estranho (Bastos, Mohallem & Farah, 2008; Kaplan, Sadock & Grebb, 2003, como citado em Bernardino, 2013). Ocorre assim, diante de uma visão catastrófica dos acontecimentos face à antecipação de um perigo, interno ou externo sendo acompanhado por disforia e tensão (Palmer, Jeste & Sheikh, 1997; Laurence & Kirmayer, 2001, como citado em Bernardino, 2013).

A ansiedade pode interferir com o funcionamento quotidiano e provocar um sentimento de apreensão (Oliveira, Santos, Cruvinel & Néri, 2011). Face a um estímulo percebido como ameaçador, sente-se ansiedade, e a mesma provoca uma resposta adequada, e neste sentido, a ansiedade é útil para nos estimular a agir. Todavia, quando ansiedade perturba o funcionamento do indivíduo e não produz respostas adequadas às situações, estamos perante alguém que precisa de ajuda médica (Montgomery, 2000).

Nesta situação a ansiedade provoca sintomas psíquicos e somáticos, que incluem o medo, o pânico, as palpitações, os tremores, a sudorese, a insônia, as dificuldades de concentração, a agitação, a perda de apetite, a perda da libido, o humor deprimido, entre outros (Montgomery, 2000).

Também Dalgarrondo (2000 como citado em Namorado, 2013) define como sintomas mais frequentes na ansiedade a insônia, tensão, angústia, irritabilidade, dificuldade de concentração, bem como sintomas físicos como taquicardia, tontura, cefaleia, dores musculares, formigamento e suor. Para o diagnóstico de uma síndrome ansiosa é importante verificar a intensidade dos sintomas e seu impacto na vida do indivíduo.

A ansiedade caracteriza-se por emoções negativas que são excessivas e persistentes. As pessoas ansiosas usam mais a supressão e têm uma maior tendência a julgar as suas emoções negativas como inaceitáveis (Campbell-Sills, Barlow, Brown, & Hofmann, 2006, como citado em Almeida, 2011).

A ansiedade, apesar de ser uma patologia muito comum, é subestimada, pouco tratada e pobremente estudada nos idosos (Alwahabi, 2003, como citado em Almeida, 2011). O autor afirma que um problema comum para os clínicos é a distinção das diferentes causas da ansiedade nos idosos, sendo as mais comuns: (1) devida a uma reação a um evento traumático; (2) associada a doença médica; (3) associada ao uso de medicação; (4) associada a perturbações específicas da ansiedade; e (5) sintomas que são desestabilizadores mas que não cumprem os critérios de diagnóstico de uma perturbação da ansiedade particular.

Para Skinner e Vaughan (1985 como citado em Almeida, 2011), a ansiedade nos idosos está relacionada com as limitações vivenciadas na velhice e, na maioria das vezes, interpretadas como ameaçadoras. As pessoas com altos níveis de ansiedade apresentam uma tendência de antecipar sua inabilidade e questionar as suas habilidades intelectuais. Essas percepções negativas interferem na atenção seletiva, na codificação de informações na memória, bloqueando a compreensão e o raciocínio, o que nessa fase da vida poderia ser a diferença entre uma saúde mental boa ou comprometida.

Também Bernardino (2013) aponta que a ansiedade na pessoa idosa aumenta o risco de doença física, declínio cognitivo, problemas de memória e reduz a Qualidade de Vida, potenciando e elevando assim, o risco de morte.

Todavia, há poucas investigações a respeito da prevalência de ansiedade na população acima de 65 anos. Samuelsson *et al.* (2005 como citado em Namorado, 2013) num estudo longitudinal realizado na Suécia, para a avaliação da incidência e determinação de fatores de risco de depressão e distúrbios de ansiedade concluiu que a taxa de incidência para a ansiedade é mais elevada no período entre os 67-81 anos de idade, devido a ocorrência de uma transição para o estado de viuvez. Freitas *et al.* (2002 como citado em Namorado, 2013) corrobora a opinião que a ansiedade é um dos problemas psiquiátricos mais comuns no idoso, contudo menos prevalente do que a depressão.

A ansiedade em idosos com mais de 80 anos foi tema da pesquisa de Xavier e cols. (2001 como citado em Namorado, 2013), constatando que 10,6% dos participantes apresentavam transtorno de ansiedade, e que os elevados índices de ansiedade estavam associados a sintomas depressivos. Os autores ressaltam a importância da atitude dos técnicos de saúde diante do idoso, devendo considerar a presença de comorbilidades entre ansiedade e humor depressivo.

São vários os fatores referidos como preditores da sintomatologia ansiosa nos idosos. Investigações realizadas por Antonucci, Fuhrer, Dartigues (1997 como citado em Santos *et al.*, 2013), assinalam que a percepção e a satisfação com o Suporte Social recebido se correlacionam positivamente com menores índices de sintomas ansiosos. Também Grammatikopoulos e Koutentaris (2010 como citado por Almeida, 2011), num estudo com idosos com 65 ou mais anos a frequentar centros de dia, na Grécia, referiram que a ansiedade é mais prevalente em idosos com baixa atividade social.

Diversos estudos comprovam também que a ansiedade na pessoa idosa aumenta a incidência de declínio físico e psicológico, e reduz a Qualidade de Vida (Bernardino, 2013).

Byrne (2002 como citado em Oliveita *et.al.*, 2011) destaca que são frequentes sintomas de ansiedade em idosos, e na maioria das vezes, esta vem associada a transtornos depressivos e a doenças físicas. A ansiedade e depressão parecem ocorrer diversas vezes em simultâneo, contudo a depressão encontra-se maioritariamente associada a perdas enquanto a ansiedade parece resultar de ameaças e perigos reais e iminentes. A taxa de prevalência apontada para esta comorbilidade na população idosa reside no intervalo dos 2,8 a 47,5%.

#### **1.4.2. Depressão e envelhecimento**

A depressão é considerada hoje em dia, um problema de saúde importante que afeta pessoas de todas as idades, levando a sentimentos de tristeza e isolamento social. Contudo, é nas idades avançadas que atinge os mais elevados índices de morbilidade e mortalidade, na medida em que assume formas incaracterísticas, muitas vezes difíceis de diagnosticar e, conseqüentemente, de tratar. É frequente que as pessoas que rodeiam e convivem habitualmente com os idosos associem à idade avançada a melancolia e a tristeza devido a perdas afetivas, económicas, sociais e doenças crónicas, não valorizando as suas queixas (Drago & Martins, 2009).

A depressão no idoso é um quadro clínico caracterizada pela presença de humor predominantemente depressivo e/ou irritável e anedonia (diminuição da capacidade de sentir prazer ou alegria), em indivíduos com 65 ou mais anos, com início antes ou depois desta faixa etária. Apresenta-se como um problema de saúde mental mais frequente na população idosa, tem vindo a ser considerada um grave problema de saúde pública, sendo frequentemente sub-tratada e sub-diagnosticada, principalmente quando ocorre em contexto de múltiplos problemas de saúde, levando à perda da autonomia e agravamento de processos patológicos pré-existentes (Namorado, 2013).

Para o diagnóstico da depressão, os sintomas clássicos incidem em três domínios: (1) afeto: choro, tristeza, apatia; (2) cognição: desesperança, culpa, sentimentos de inutilidade e menos valia, ideias de morte e (3) somáticos: falta de

energia, dores difusas, alterações no sono, apetite e hábito intestinal e diminuição da libido. Contudo, alguns fatores de risco para os transtornos depressivos já estão estabelecidos no domínio, nomeadamente a idade avançada, patologias crónicas, ansiedade, falta de vínculos e de Suporte Social (Paradela, 2011).

Os eventos stressantes da vida são, também, fatores que aumentam o risco de sintomas depressivos. Fatores sociais como a reforma, bem como o divórcio, acidentes traumáticos ou as próprias perdas de familiares e amigos podem ser predisponentes a estados depressivos nos idosos. Para Barreto (2006 como citado em Drago & Martins, 2011), as perdas que o idoso vai experimentando, a nível pessoal e social, criam situações de luto cuja resolução pronta nem sempre é fácil, sobretudo se certos fatores negativos se fazem sentir. Entre eles têm sido assinalados: a falta de apoio familiar, a situação de ter a seu cargo outro dependente, a carência de recursos materiais e o isolamento social.

A institucionalização é um outro fator que pode vir a desencadear estados depressivos. A ida do idoso para o lar dá-se, na grande maioria dos casos, após a perda do cônjuge ou a perda de autonomia, tornando-se dependente de terceiros. Para além desta perda, ao entrar na instituição o idoso deixa a sua casa, os seus horários e as suas rotinas. O indivíduo deixa de poder controlar o que se passa à sua volta e a perceção de tal facto aumenta a sua vulnerabilidade e pode predispor à depressão (Paúl, 1997).

Por permanecer subdiagnosticada - a OMS refere que 66% dos indivíduos com uma perturbação depressiva estão subdiagnosticados -, a depressão sobrecarrega as famílias e instituições que providenciam cuidado aos idosos, é altamente destruidora da Qualidade de Vida, e como tal, impõe uma grande carga social e económica para a sociedade (Costa, 2005). De acordo com a autora, as principais consequências e implicações da depressão do idoso são ao nível: económico (aumento da população dependente, aumento das despesas com a saúde e a segurança social), social (alteração das relações familiares e interpessoais, maior necessidade de instituições que prestem cuidado e assistência ao idoso), sanitário (aumento do consumo de

cuidados primários, aumento da necessidade de pessoal e de instituições especializadas) e ético (problemática do suicídio).

A investigação demonstra que, no ponto de vista das perturbações da saúde mental nos idosos, a depressão é aquela que surge com mais frequência, sendo, o motivo de mais de 60% das admissões em unidades de psiquiatria geriátrica (Drago e Martins, 2012). Costa (2005) no seu estudo sobre depressão nos idosos portugueses apurou que é uma perturbação psiquiátrica extremamente prevalente, quer para os idosos institucionalizados quer para os que vivem na comunidade.

Estudos realizados na Comunidade Europeia permitem estimar que aproximadamente oito milhões de pessoas, com idade igual ou superior a 65 anos, sofrem de formas potencialmente tratáveis de depressão. Contudo, a deteção clínica da depressão nos idosos que vivem na comunidade continua a ser um problema maior de saúde pública, pois cerca de 50% dos médicos de clínica geral falham no reconhecimento preciso de pacientes com depressão (Costa, 2005).

Os resultados do estudo de Fleck e colaboradores (2002) mostraram que a presença de sintomatologia depressiva está associada com pior funcionamento social e Qualidade de Vida, bem como a uma maior utilização dos recursos de saúde. Muitos estudiosos têm-se preocupado em estudar características de idosos que vivem em instituições. Davim, Torres, Dantas & Lima (2004) avaliaram indivíduos que residem em instituições e verificaram que, assim como aponta a literatura, a maioria dos idosos é do sexo feminino, possui baixo nível de escolaridade, dificuldades financeiras, relacionamento familiar conflituoso, atividades de lazer limitadas e problemas de saúde (Oliveira, *et al.*, 2006).

Estudos com amostras de idosos institucionalizados e não institucionalizados, demonstra que a maior prevalência de sintomas depressivos entre o grupo institucionalizado é maior, dado que encontram-se longe do seu ambiente familiar e sujeitos à específica rotina do lar de idosos (Frade *et. al.*, 2015).

A investigação nesta área demonstra que em idosos com depressão, o Suporte Social revela-se um elemento protetor do declínio nas capacidades de realização das

atividades de vida diária, uma vez que a interação social promove a atividade física e mental, diminuindo, desta forma, a gravidade dos efeitos depressivos (Hays, Steffens, Flint, Bosworth & George, 2011, como citado em Rodrigues, 2007).

Nesta sequência e de acordo com Ballone (2001), observa-se frequentemente que o idoso deprimido passa por uma importante deterioração do seu estado geral e por um decréscimo significativo da sua Qualidade de Vida.

### **1.5. Objetivos de estudo**

O crescimento da população de idosos é um acontecimento mundial amplamente reconhecido e discutido, sendo um fenómeno que chama a atenção dos investigadores com um crescente interesse para as questões relacionadas com a Qualidade de Vida, reconhecendo esta área como importante para a promoção da saúde física e mental e para o bem-estar social das pessoas idosas.

A relação direta entre Suporte Social, Qualidade de Vida e uma relação inversa desses fatores com a sintomatologia depressiva e ansiosa tem sido apontadas por diversos autores (Carneiro e colaboradores, 2007), apontando-se que a capacidade de interagir socialmente e manter suporte social poderá garantir uma melhor Qualidade de Vida. Deste modo o aumento do interesse na investigação na área ganha cada vez mais pertinência e importância, uma vez que só conhecendo de forma mais aprofundada a população idosa, as suas vivências e as suas necessidades, é que poderá ser possível um apoio mais eficaz, na promoção da Saúde e envelhecimento bem-sucedido, aspetos de especial interesse na investigação no âmbito da Gerontologia Social.

No âmbito deste estudo, a definição de objetivos permite-nos uma clarificação do que efetivamente se pretende estudar. De modo geral, é fundamental que os objetivos de investigação sejam precisos e estejam redigidos de modo claro, com a finalidade que o investigador deseja atingir, assim, deve fazer alusão às variáveis e à população-alvo do estudo (Fortin, 2009).



Apresenta-se como objetivo geral deste estudo: analisar a relação entre aspetos sociodemográficos e relacionados com a situação individual e o Suporte Social, ansiedade, depressão e Qualidade de Vida de pessoas idosas residentes na comunidade e em ERPI.

Passam a definir-se os objetivos específicos que ajudarão a sistematizar e organizar o pensamento crítico com vista à consecução dos mesmos:

- a) Avaliar a perceção de Qualidade de Vida das pessoas idosas a viver em comunidade e ERPI;
- b) Avaliar o Suporte Social das pessoas idosas a viver em comunidade e ERPI;
- c) Avaliar sintomatologia depressiva das pessoas idosas a viver em comunidade e ERPI;
- d) Avaliar os níveis de ansiedade das pessoas idosas a viver em comunidade e ERPI;
- e) Identificar aspetos sociodemográficos e relacionados com situação individual que se associem com ansiedade, sintomatologia depressiva, Suporte Social e Qualidade de Vida;
- f) Analisar as relações entre Suporte Social, ansiedade, depressão e Qualidade de Vida das pessoas idosas a viver em comunidade e ERPI.



## Capítulo II - Método

---



## 2.1. Desenho de investigação

Assim, e após a revisão da literatura e definição de objetivos de estudo, é essencial tomar decisões quanto à metodologia mais adequada para a recolha da informação precisa, objetiva e que seja passível de interpretação.

O desenho de investigação consiste numa linha traçada pelo investigador, de modo a conseguir alcançar os objetivos a que se propôs, respondendo assim às questões de investigação (Fortin, 2009).

Todos os desenhos de estudo têm em comum a observação sistemática dos fenómenos de interesse, o uso da teoria e dos métodos estatísticos adequados para analisar os dados e interpretar os resultados. Para além de ser importante o nível de conhecimento no domínio em estudo para a escolha do tipo de investigação, é o objeto de investigação que determina o método apropriado ao estudo de um fenómeno (Fortin, 1999).

Do ponto de vista metodológico, o presente estudo integra-se no paradigma quantitativo, pois através deste é possível uma recolha e análise de dados para responder às questões de investigação, recorrendo à medição numérica e estatística para estabelecer com precisão os modelos de comportamento de uma população. Este método tem como principal objetivo, colaborar para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, possibilitar a generalização dos resultados, predizer e controlar os acontecimentos (Sampieri *et al.*, 2006).

Considera-se o presente estudo como um estudo descritivo e correlacional, uma vez que se pretende descrever de forma simples um fenómeno ou um conceito relativo a uma determinada população, “*de maneira a estabelecer as características desta população*” (Fortin, 1999, p. 163) – e ao mesmo tempo correlacional, porque se espera verificar relações existentes entre as variáveis em estudo.

Relativamente ao momento em que ocorrem as observações, optou-se pela realização de um estudo transversal, uma vez que a avaliação destas variáveis é efetuada num único momento. Fortin (2009) refere que este tipo de estudo avalia a

frequência de certo acontecimento ou de um problema numa população, num determinado momento.

## **2.2. Amostra**

Designa-se por população ou universo o conjunto total de casos sobre os quais se deseja retirar conclusões (Hill & Hill, 2008), que partilhem características comuns, definidas por um conjunto de critérios (Fortin, 1999). Frequentemente, o investigador não consegue aceder à população, sendo nestas situações, somente possível considerar a amostra. Por sua vez, a amostra caracteriza-se por um grupo de sujeitos retirados de uma população mediante a aplicação de um método de amostragem, sendo este, uma técnica que permite escolher um conjunto de sujeitos representativos da população (Freixo, 2009).

Na impossibilidade de estudar toda a população, o presente estudo incidiu sobre uma amostra obtida a partir de um universo de idosos residentes em duas ERPI, na região Norte do país e outros a residir na comunidade na mesma região.

Recorreu-se a uma amostra, não probabilística, que de acordo com Fortin (2009), consta de um procedimento de seleção, mediante o qual cada elemento da população não possui a mesma probabilidade de ser escolhido para formar a amostra. Assim constitui-se neste estudo, uma amostra de 50 idosos residentes em ERPI da região Norte do país, e uma amostra de 49 idosos a residir na comunidade que aceitaram a participação. Trata-se assim de uma amostra acidental, pois é constituída por sujeitos que são facilmente alcançáveis e se encontram presentes num determinado local, num dado momento. Para Ribeiro (2010), constituem amostras simples cujos participantes se incluem acidentalmente no estudo.

Foram estabelecidos alguns critérios de inclusão, nomeadamente idade igual ou superior a 65 anos; sem patologia mental grave/observável, e sem incapacidade de colaboração por dificuldades de comunicação.

### 2.3. Instrumentos de recolha de dados

A recolha dos dados é uma etapa fundamental num trabalho de investigação. Esta requer a elaboração ou seleção de um ou mais instrumentos que vá ao encontro dos objetivos inicialmente delineados e às especificidades da população.

O questionário constitui o instrumento mais utilizado na recolha de informação, constituído por um conjunto de questões que possibilitam a avaliação de atitudes e as opiniões dos indivíduos (Freixo, 2009). Apesar das desvantagens por vezes apontadas à utilização de questionários com questões fechadas, nomeadamente a perda de alguma informação, optou-se pela utilização deste para a recolha dos dados, uma vez que permitem a recolha da informação em grandes amostras com total isenção nas respostas obtidas.

Tendo em conta os objetivos anteriormente traçados, para a recolha dos dados constituiu-se um protocolo de investigação utilizando um conjunto diversificado de instrumentos baseando-se a sua escolha no facto de parecerem os mais adequados em função dos objetivos propostos. Optou-se por recorrer a instrumentos já existentes e validados para a população portuguesa, considerando a morosidade e a maior possibilidade de inexactidão relacionada com a construção de novos instrumentos.

- *Questionário de Caracterização Sociodemográfica e aspetos relacionados com a vivência individual*

Houve necessidade de desenvolver um questionário de caracterização sociodemográfica e de informação relativa à situação de permanência do indivíduo em ERPI ou na comunidade e à sua rede de suporte social. Nomeadamente o tempo de residência e os motivos de institucionalização, a relação com os vizinhos, as visitas, frequência de contactos, periodicidade e motivos de saídas, entre outros.

- A Lubben Social Network Scale, desenvolvida por Lubben (1988) e validado para a versão portuguesa como *Escala Breve de Redes Sociais de Lubben* por Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl (2012)

A LSNS-6 é uma escala breve de seis itens para avaliar o isolamento social em idosos, através da medição da percepção do apoio social recebido por familiares e amigos. Avalia o tamanho, a proximidade e a frequência dos contactos da rede social do indivíduo.

É um instrumento desenvolvido especificamente para pessoas mais velhas e constitui-se como um dos mais utilizados na investigação em gerontologia. Foi originalmente desenvolvida com 10 itens, mas a necessidade de melhorar a psicomетria e a facilidade de administração foram apontadas como as principais razões para a revisão deste instrumento original, sendo a versão breve considerada mais apropriada que os instrumentos mais longos para esta população (Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012).

A LSNS-6 foi construída a partir de dois conjuntos de questões que avaliam, por um lado, as relações familiares e, por outro, as relações de amizade. Os itens das relações familiares são os seguintes: Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc. (1) Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por vez? (2) De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda? e (3) Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais? Estes três itens são repetidos com respeito aos laços de amizade.

A pontuação total da LSNS-6 resulta do somatório dos seis itens. Os scores variam de 0 a 30 pontos, sendo que as respostas a cada um dos itens variam numa escala de entre 0 e 5 ("0", "1", "2", "3 ou 4", "5 a 8" e "9 e mais"). Foi identificado o ponto de corte de 12, para definir o maior ou menor risco de isolamento social do participante.



A versão portuguesa da Escala de Redes Sociais de Lubben apresenta uma consistência interna de 0,798, medida através do alpha de Cronbach, para a escala total, indicando uma consistência interna adequada. As subescalas apresentam igualmente uma consistência interna adequada, com valores de 0,756 e 0,732 para a subescala “família” e subescala “amigos”, respetivamente (Ribeiro *et.al*, 2012).

- O *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI) desenvolvido por Pachana *et al.* (2007) e validado para a população portuguesa por Ribeiro, Paúl, Simões e Firmino (2011)

O GAI pretende medir os sintomas comuns de ansiedade em pessoas idosas, desenvolvido especialmente para esta faixa etária da população. O GAI é constituído por 20 itens, e o sujeito deverá responder – concordo ou discordo - conforme se sentiu durante a última semana.

A pontuação mínima é de 0 pontos e a máxima de 20 pontos, sendo as respostas cotadas como 0 pontos os itens “discordo” e 1 ponto os itens “concordo”. O ponto de corte ótimo para detetar sintomas ansiosos graves foi de 8.

O Geriatric Anxiety Inventory validado e adaptado para a população portuguesa revelou um alfa de Cronbach de 0,96, uma boa confiabilidade teste-reteste e uma favorável validade concorrente. Com o intuito de distinguir os indivíduos com ou sem sintomas de ansiedade severa, foi utilizado um ponto de corte de 08/09, que demonstrou uma sensibilidade de 0,89 e uma especificidade de 0,80 (Ribeiro *et al.*, 2011).

- Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15) de Yesavage & Brink (1983), validado e adaptado para a população portuguesa como *Escala de Depressão Geriátrica-15* (EDG-15) por Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage (2009)

A EDG-15 foi criada especificamente para a população idosa, este instrumento avalia o estado emocional do indivíduo, indicando se o idoso poderá estar predisposto a ter sintomatologia depressiva. Foi adaptado para a versão reduzida formada por 15 questões, com respostas dicotómicas (sim/não), de forma a facilitar a aplicação do mesmo a idosos.

Relativamente à pontuação, este instrumento é pontuado com 1 ponto para as respostas “sim” nas questões 2,3,4,6,8,9,10,12,14,15; e 1 ponto para as respostas “não” nas questões 1,5,7,11,13. A pontuação total é de 15 pontos, sendo que quanto maior for a pontuação, maior é a sintomatologia depressiva. O ponto de corte ótimo para detetar maior risco de sintomatologia depressiva é 5.

No instrumento original, Yesavage e Brink (1983) validaram a EDG-15 e obtiveram uma média de inter-correlação entre os itens de 0,36, um coeficiente alfa de Cronbach de 0,94, sugerindo um alto grau de consistência interna, e uma fiabilidade teste-reteste de 0,85. Na versão portuguesa, as suas características psicométricas revelam-se satisfatórias apresentando uma consistência interna de  $\alpha = 0,91$  e uma fidedignidade de  $k = 0,91$  (Barroso, 2006).

- World Health Organization Quality Of Life-Brief Form (WHOQOL-Bref) de WHOQOL - Group (1995) na versão portuguesa como *Escala de avaliação de Qualidade de Vida - Bref* de Canavarro, Simões, Serra, Pereira, Rijo, Quartilho e Carona (2010)

O *World Health Organization Quality Of Life-Brief Form (WHOQOL-Bref)* foi um instrumento desenvolvido pelo grupo WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) da OMS em 1998 e adaptado para a população portuguesa por Canavarro, Simões, Serra, Pereira, Rijo, Quartilho e Carona (2010). Este instrumento é uma medida genérica, multidimensional e multicultural, e destina-se a uma avaliação da qualidade de vida percebida pelo indivíduo.

O primeiro instrumento para avaliação de qualidade de vida a ser criado pelo grupo da OMS foi o WHOQOL-100, sendo este constituído por 100 questões, referentes a seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade), sendo esses domínios divididos em 24 facetas. Mais tarde, houve a necessidade de desenvolver um instrumento que permitisse uma avaliação adequada da qualidade de vida nas situações em que o tempo é restrito, tendo sido desenvolvido pelo mesmo grupo o WHOQOL-Bref.

O WHOQOL-Bref possui 26 questões, organizado em quatro domínios de Qualidade de Vida: físico, psicológico, relações sociais, e ambiente. Cada domínio é constituído por um conjunto de 24 facetas que compõem o instrumento original, sendo cada uma destas avaliada por uma pergunta (correspondente a um item), incluindo ainda uma faceta geral com dois itens que avaliam a qualidade de vida geral e a percepção geral da saúde. Cada uma das facetas consta numa descrição de um estado, comportamento, capacidade ou uma percepção ou experiência subjetiva. As perguntas são respondidas através de quatro escalas de tipo Likert de 5 pontos (intensidade, capacidade, frequência e avaliação) e encontram-se enunciadas quer de forma positiva, quer de forma negativa. Cada pergunta é cotada de 1 a 5 sendo que três itens (questões 3, 4 e 26), que foram formulados de forma negativa, devem ser invertidos, pois os resultados dos domínios estão dispostos num sentido positivo e a interpretação dos resultados é feita de forma linear, isto é, resultados mais elevados caracterizam uma melhor qualidade de vida (Canavarro *et.al*, 2010).

Na cotação do instrumento os resultados devem aparecer em média, tanto nos itens como nos domínios, ou seja, é feita a soma de todos os itens por domínio e o resultado obtido é dividido pelo número de itens que esse domínio contém, ex.: Domínio 3 (Relações Sociais) Q20=4; Q21=3; Q22=4; Soma=11; 11:número total de questões = 3,66. Depois de encontrar a média dos itens por domínio é realizado o mesmo procedimento para encontrar a média de todos os domínios ex.: D1=3,22; D2=4,66; D3=3,66; D4=2,22; Somar todos os itens e dividir pelo número total=3,44.

A versão portuguesa do WHOQOL-Bref apresenta uma consistência interna aceitável, quer para as 26 perguntas que compõem o instrumento (.92) quer para os

domínios individualmente, sendo que os valores obtidos no coeficiente de Cronbach variam entre .64 (relações sociais) e .87 (físico). Possui também uma boa estabilidade temporal. Quanto à validade de conteúdo, verificou-se que todos os domínios têm correlações elevadas e significativas, demonstrando correlacionadas entre si. Ao analisar quais os domínios que se constituem como melhores preditores da qualidade de vida, no WHOQOL-Bref foi o domínio físico com 52,2%, seguindo-se do psicológico, ambiente e relações sociais (Canavarro *et.al*, 2010).

#### **2.4. Procedimentos de recolha de dados**

Os dados são elementos de informação recolhidos junto dos participantes, cuja recolha segue um plano previamente estabelecido através do recurso aos instrumentos escolhidos (Freixo, 2009). Assim, para a recolha da informação pretendida, foi levada a cabo uma entrevista para aplicação dos questionários constituintes do protocolo de investigação, com a duração aproximada de 25 minutos, num único momento, em que, após o contacto inicial, foi administrado o questionário de caracterização sociodemográfica e os restantes instrumentos preconizados para o estudo e decorreu entre os meses de Maio e Julho de 2015.

Os participantes foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão pré-estabelecidos, sendo esta efetuada com a ajuda de colaboradores previamente preparados e integrados nos objetivos do estudo. Foi condição imprescindível para a obtenção dos dados o consentimento livre e informado por parte dos residentes, que foi obtido após ser fornecida toda a informação relativa ao investigador, à natureza da investigação e objetivos da mesma. Foram também informados da liberdade de colocar as questões que assim entendessem como pertinente. Foi-lhes claramente informado do direito de recusar a participação ou desistir durante a mesma, sem que isso trouxesse qualquer implicação para o seu dia-a-dia no lar. Foi garantido o anonimato, privacidade e confidencialidade da informação recolhida e na análise dos dados, de forma que seja impossível o reconhecimento dos participantes.

## 2.5. Estratégias de análise de dados

A análise de dados foi efetuada com recurso ao programa *IBM SPSS Statistics* 21, recorrendo-se a métodos inerentes à estatística descritiva e inferencial. Na análise descritiva os dados foram analisados por meio de cálculos referentes a frequências absolutas (número) e relativas (percentagem) (para variáveis categóricas), bem como a média acompanhada de desvio-padrão como medida de dispersão (para variáveis métricas).

Para comparar os grupos da comunidade e de ERPI relativamente às características sociodemográficas, foram realizados testes de comparação de grupos através do qui-quadrado (para comparação de variáveis categóricas), assim como o teste *t* para amostras independentes (para variáveis contínuas, que seguissem distribuição normal, tal como avaliado pelo teste Kolmogorov-Smirnov).

Para explorar associações entre as variáveis, procedeu-se ainda à análise de correlações de Spearman, uma vez que nem todas as variáveis de análise do perfil de funcionamento individual (rede de suporte social, ansiedade, depressão e qualidade de vida) seguiam distribuição normal. Foram também exploradas diferenças entre as pontuações nas escalas de avaliação das variáveis do perfil de funcionamento individual, com algumas características sociodemográficas dos participantes (e.g., proveniência, género, idade, estado civil – casados vs. outros), através do teste *t* student, quando as variáveis seguiam distribuição normal tal como avaliado pelo teste Kolmogorov-Smirnov. Quando as variáveis dependentes não seguiam distribuição normal, foi utilizado o teste Mann-Whitney (para a comparação entre dois grupos independentes).



## Capítulo III - Resultados

---





No presente capítulo serão descritos os resultados relativos à avaliação efetuada à população residente em ERPI e na comunidade.

### 3.1. Caraterização sociodemográfica

Entre Maio em Julho de 2015 foram inquiridos 99 idosos, 27 homens (27,3%) e 72 mulheres (72,7%), com idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos ( $M=80,0$ ,  $dp=7,7$ ). Cerca de 40% dos participantes tem entre 65 e 79 anos, e 60,6% tem 80 ou mais anos (Tabela 1).

Tabela 1. Caraterização sociodemográfica dos participantes

	ERPI <i>n</i> = 50		Comunidade <i>n</i> = 49		Total <i>n</i> = 99		Teste
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<b>Género</b>							$\chi^2=0,08$ , $gl=1$ , $p=0,774$
Masculino	13	26,0	14	28,6	27	27,3	
Feminino	37	74,0	35	71,4	72	72,7	
<b>Idade <i>M (dp)</i></b>	81,2 (7,4)		78,7 (7,8)		80,0 (7,7)		$t=-1,61$ , $gl=97$ , $p=0,110$
Min-Max	65 - 95		65 - 95		65 - 95		
<b>Grupo de idade</b>							$\chi^2=2,31$ , $gl=1$ , $p=0,128$
65-79	16	32,0	23	46,9	39	39,4	
80+	34	68,0	26	53,1	60	60,6	
<b>Escolaridade</b>							$\chi^2=10,04$ , $gl=2$ , $p=0,007$
Sem escolaridade	22	44,0	10	20,4	32	32,3	
1º Ciclo	21	42,0	36	73,5	57	57,6	
2º Ciclo ou mais	7	14,0	3	6,1	10	10,1	
<b>Estado civil</b>							$\chi^2=4,98$ , $gl=3$ , $p=0,174$
Solteiro	12	24,0	5	10,2	17	17,2	
Casado/União de facto	11	22,0	18	36,7	29	29,3	
Separado/divorciado	1	2,0	2	4,1	3	3,0	
Viúvo	26	52,0	24	49,0	50	50,5	
<b>Sector de atividade</b>							$\chi^2=1,97$ , $gl=2$ , $p=0,373$
1º Sector – Agricultura	11	22,0	17	34,7	28	28,3	
2º Sector -Indústria	7	14,0	6	12,2	13	13,1	
3º Sector - Serviços	32	64,0	26	53,1	58	58,6	

Os participantes foram divididos em dois grupos: um grupo residente em Estrutura Residencial para Idosos (ERPI) ( $n=50$ ) e um grupo residente na comunidade ( $n=49$ ). O grupo de ERPI é constituído maioritariamente por mulheres (74,0%), com

idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos ( $M=81,18$ ,  $dp=7,4$ ). Assim como o grupo da comunidade que é composto por 14 homens (28,6%) e 35 mulheres (71,4%), com 78,7 ( $dp=7,8$ ) anos em média. Cerca de 47% dos participantes tem entre 65 e 79 anos e 53% tem 80 ou mais anos. Os grupos de ERPI e comunidade são equivalentes relativamente à distribuição dos grupos de género e idade ( $\chi^2<2,31$ ,  $p>0,128$ ).

No que concerne à escolaridade, a maioria dos participantes possui o 1º ciclo (57,6%), 10,1% tem o segundo ciclo ou escolaridade superior, e 32 pessoas (32,3%) não frequentaram a escola ou não completaram o 1º ciclo, sendo que destes, 15 sabem ler e escrever. Verificam-se diferenças significativas na distribuição da escolaridade entre os grupos que residem em ERPI e na comunidade ( $\chi^2=10,04$ ,  $gl=2$ ,  $p=0,007$ ). Enquanto no grupo de ERPI, cerca de 44% não tem escolaridade obrigatória e 42% frequentou a escola até ao primeiro ciclo, no grupo de residentes da comunidade, 73,5% tem o primeiro ciclo e apenas 20,4% não frequentou a escola ou não completou o 1º ciclo.

Relativamente ao estado civil, 50,5% dos participantes é viúvo, 29,3% casado ou vive em união de facto, 17,2% é solteiro e 3,0% é separado ou divorciado, sendo estes resultados equivalentes entre o grupo de ERPI e da comunidade.

Quanto à atividade profissional desenvolvida ao longo da vida ativa, verifica-se que o 3º sector (serviços) agrega a maioria dos participantes (58,6%), seguindo-se o 1º sector (agricultura) com 28,3% dos participantes e o 2º setor (indústria) com 13,1%. Estes resultados são também equivalentes entre os residentes de ERPI e da comunidade.

### **3.1.1. Caraterização do grupo residente em ERPI**

O grupo de ERPI ( $n=50$ ) reside, em média, há 3 anos ( $dp=3,1$ ) na instituição; 32% dos residentes está na instituição há menos de 1 ano, 26% está entre 1 a 2 anos e 42% há 3 anos ou mais. Os principais motivos de entrada no lar referidos pelos participantes foram problemas de saúde (34%), seguidos de rede social reduzida (28%) e isolamento (18%). A morte do cônjuge e a perda de autonomia (16%), bem como a vontade pessoal (8%), os problemas habitacionais (6%) e os problemas financeiros

(4%), são também motivos que originaram a institucionalização dos participantes, ainda que em menor percentagem (Tabela 2).

Tabela 2. Tempo de residência na ERPI e motivo de institucionalização

	ERPI	
	<i>n</i> = 50	
	<i>n</i>	%
<b>Tempo que reside no lar <i>M (dp)</i>(anos)</b>	3,1 (3,1)	
Min-máx	0,17 – 13	
Há menos de um ano	16	32
Entre um e dois anos	13	26
Três ou mais anos	21	42
<b>Motivo de entrada no lar</b>		
Morte do cônjuge	8	16,0
Perda de autonomia	8	16,0
Problemas habitacionais	3	6,0
Rede social reduzida	14	28,0
Problemas financeiros	2	4,0
Vontade pessoal	4	8,0
Isolamento	9	18,0
Problemas de saúde	17	34,0

Os dados relativos às características das relações que os participantes que residem no lar mantêm com a família e dentro da própria instituição em que residem são apresentadas na tabela 3.

Quanto ao contacto com a família, 36% dos residentes mantem contacto diário, de forma presencial ou através do telefone, 28% contacta a família semanalmente e 16% mensalmente; 6% não mantem contacto com a família.

Relativamente às relações interpessoais dentro da instituição, todos os participantes referem a relação entre os residentes, 88% salienta ainda a relação com os colaboradores, 62% com os técnicos da instituição e 8% menciona ainda a relação com os voluntários.

Tabela 3. Relações com a família e com as pessoas da ERPI

	ERPI n= 50	
	n	%
<b>Contacto com a família</b>		
Não tem família	1	2,0
Não mantém contacto	3	6,0
Diariamente	18	36,0
Semanalmente	14	28,0
Quinzenalmente	6	12,0
Mensalmente	8	16,0
<b>Com quem se relaciona no lar</b>		
Outros idosos	50	100,0
Colaboradores	44	88,0
Técnicos	31	62,0
Voluntários	4	8,0
Outros	0	0,0

Na tabela 4, é possível analisar a periodicidade de visitas de elementos da rede social dos residentes de ERPI participantes no estudo.

Tabela 4. Periodicidade da receção de visitas na ERPI

	ERPI n= 50				
	Diariamente n (%)	Semanalmente n (%)	Quinzenalmente n (%)	Mensalmente n (%)	Nunca n (%)
<b>Familiares</b>	7 (14,0)	19 (38,0)	7 (14,0)	10 (20,0)	7 (14,0)
<b>Amigos</b>	3 (6,0)	7 (14,0)	6 (12,0)	10 (20,0)	24 (48,0)
<b>Vizinhos</b>	1 (2,0)	3 (6,0)	4 (8,0)	0 (0,0)	42 (84,0)
<b>Voluntários</b>	1 (2,0)	2 (4,0)	0 (0,0)	1 (2,0)	46 (92,0)

Verifica-se que são os familiares que mais visitam os residentes de ERPI, sendo que 38% dos idosos recebe visitas da família semanalmente, 20% mensalmente, e 14%, indica ter visitas dos familiares diariamente ou quinzenalmente ou nunca.

Para além da família, cerca de 52% dos residentes recebe ainda visitas de amigos. Cerca de 20% recebe visitas dos amigos mensalmente, 14% semanalmente, 12% quinzenalmente e 6% diariamente. Alguns residentes (entre 8 a 16%) recebem

ainda visitas de vizinhos ou voluntários, sendo que estas visitas são realizadas maioritariamente quinzenal ou semanalmente.

Relativamente à frequência de saídas da ERPI, cerca de 42% dos residentes refere sair semanalmente da instituição, 22% sai cerca de uma vez por mês e 20% sai todos os dias; apenas 4% dos residentes refere nunca sair da instituição (Tabela 5).

Tabela 5. Frequência, atividades e acompanhamento nas saídas da ERPI

	<b>ERPI</b>	
	<b>n= 50</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Frequência saídas do lar</b>		
Diariamente	10	20,0
Semanalmente	21	42,0
Quinzenalmente	6	12,0
Mensalmente	11	22,0
Nunca	2	4,0
<b>Atividades nas saídas</b>		
Compras	13	26,0
Consultas	19	38,0
Passear	21	42,0
Cuidar da aparência	4	8,0
Encontro com amigos/família	22	44,0
Atividades recreativas	14	28,0
Atividades religiosas	8	16,0
Outras	1	2,0
<b>Acompanhante nas saídas</b>		
Ninguém	13	26,0
Familiares	19	38,0
Amigos do lar	5	10,0
Amigos fora do lar	0	0,0
Profissionais do lar	30	60,0
Outros	0	0,0

Das atividades praticadas nestas saídas, destacam-se as saídas para se encontrar com familiares/amigos (44%), para passear (42%) e para ir a consultas (38%). A maioria dos residentes de ERPI sai acompanhado com os profissionais do lar (60%), 38% sai com familiares e 26% refere que sair sozinho do lar.

Na tabela 6, é descrita a informação sobre as saídas mais prolongadas dos residentes, envolvendo os períodos de saída, assim como as pessoas da rede com

quem estão aquando destas saídas. No que concerne às saídas aos fins-de-semana, 28% passa esses períodos com a família e 72% dos residentes refere que são passados sozinhos. As festividades e as férias são igualmente passadas com os familiares por 72% e 16% dos participantes, respetivamente. Apenas 6% passa outros períodos fora do lar, nomeadamente com pessoas amigas.

Tabela 6. Períodos contínuos fora da ERPI

ERPI n= 50				
	Sozinho n (%)	Familiares n (%)	Pessoas amigas n (%)	Famílias de acolhimento n (%)
<b>Fins-de-semana</b>	36 (72,0)	14 (28,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
<b>Festividades</b>	14 (28,0)	36 (72,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
<b>Férias</b>	42 (84,0)	8 (16,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
<b>Outros períodos</b>	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (6,0)	0 (0,0)

Quando questionados sobre se teriam a quem recorrer em caso de necessitar de ajuda (qualquer tipo de ajuda) 96% dos residentes refere ter a quem recorrer (Tabela 7).

Tabela 7. A quem recorre quando necessita de ajuda

ERPI n= 50		
	n	%
<b>Tem a quem recorrer</b>		
Sim	48	96,0
Não	2	4,0
<b>A quem recorre</b>		
Família	37	74,0
Profissionais do lar	35	70,0
Amigos do lar	3	6,0
Amigos fora do lar	2	4,0
Voluntários	1	2,0
Outros	0	0,0

De entre as pessoas da rede social a quem podem recorrer, a família e os profissionais do lar foram os elementos mais referidos (74% e 70% respetivamente), mas também os amigos do lar (6%), os amigos fora do lar (4%) e os voluntários (2%).

### 3.1.2. Caracterização do grupo residente em Comunidade

O grupo de idosos residentes na comunidade ( $n=49$ ) reside, em média, há 55 anos ( $dp=27,1$ ) no mesmo lugar: 24,5% reside há menos de 35 anos, 49% entre 35 e 75 anos e 26,5% reside há 76 ou mais anos na comunidade. Cerca de 39% dos participantes vivem com os filhos, 34,7% com o cônjuge, 28,6% vivem sozinhos, 16,3% com os netos. Os restantes participantes vivem com outros familiares, nomeadamente irmãos/cunhadas, nora e sobrinhos (Tabela 8).

Tabela 8. Características dos participantes residentes em comunidade

	Comunidade $n=49$	
	$n$	%
<b>Tempo que reside no lugar (em anos) <math>M (dp)</math></b>	55,0 (27,1)	
Min-máx	2-95	
Há menos de 35 anos	12	24,5
Entre 35 e 75 anos	24	49,0
Há 76 ou mais anos	13	26,5
<b>Com quem vive</b>		
Sozinho	14	28,6
Cônjuge	17	34,7
Filho(s)	19	38,8
Netos	8	16,3
Irmão(a)s/cunhado(a)s	2	4,1
Amigos	0	0,0
Outros	2	4,1

A tabela 9 apresenta as relações que os participantes mantêm na comunidade. Relativamente ao contacto com a família, a maioria dos inquiridos (85,7%) mantem contacto diário, seja por telefone ou presencialmente.

Tabela 9. Relações na comunidade

Comunidade n= 49		
	n	%
<b>Contacto com a família</b>		
Não tem família	0	0,0
Não mantém contacto	1	2,0
Diariamente	42	85,7
Semanalmente	2	4,1
Quinzenalmente	1	2,0
Mensalmente	3	6,1
<b>Relação com os vizinhos</b>		
Próxima e amigável	43	87,8
Conflituosa	1	2,0
Afastada	2	4,1
Inexistente	3	6,1
<b>Com quem passa épocas festivas</b>		
Sozinho	2	4,1
Familiares	47	95,9
Amigos	1	2,0
Vizinhos	0	0,0
Outros	0	0,0

Quanto à relação com os vizinhos, 87,8% descreve esta relação como próxima e amigável. A maioria dos participantes refere ainda passar as épocas festivas (e.g., Natal, Páscoa) com a família (95,9%), sendo que 4% passa estes momentos sozinho.

Os resultados relativos à periodicidade das visitas que os participantes que residem na comunidade recebem em casa são apresentados na tabela 10.

Tabela 10. Periodicidade das visitas que recebem em casa

Comunidade n= 49					
	Diariamente n (%)	Semanalmente n (%)	Quinzenalmente n (%)	Mensalmente n (%)	Nunca n (%)
<b>Familiares</b>	35 (71,4)	7 (14,3)	2 (4,1)	4 (8,2)	1 (2,0)
<b>Amigos</b>	25 (51,0)	7 (14,3)	3 (6,1)	8 (16,3)	6 (12,3)
<b>Vizinhos</b>	26 (53,1)	8 (16,3)	2 (4,1)	4 (8,2)	9 (18,3)
<b>Voluntários</b>	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,0)	0 (0,0)	48 (98,0)
<b>Desconhecidos</b>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	49 (100,0)



Verifica-se que a maioria dos familiares visita os idosos diariamente (71,1%), 14,3% semanalmente, 8,2% indica ter visitas mensais, 4,1% quinzenais, e apenas 2% nunca recebeu visitas da família. No que concerne às visitas dos amigos, 51% dos participantes recebe a sua visita diariamente, 16,4% mensalmente e 14,3% semanalmente. Cerca de 12% nunca recebe os amigos.

Quanto a visitas dos vizinhos, salienta-se que 53,1% dos participantes recebe a sua visita diariamente, mas 18,4% nunca recebeu a visita dos vizinhos. A grande maioria dos participantes (98%) nunca recebeu a visitas de voluntários em casa e apenas uma pessoa (2%) recebe esta visita quinzenalmente. Dos participantes inquiridos, 100% (n=48) nunca recebeu visitas de desconhecidos.

No que se refere à frequência de saídas dos participantes das casas onde residem, 87,8% afirma que estas acontecem diariamente e 12,2% semanalmente (Tabela 11).

Tabela 11. Distribuição dos participantes em função das saídas de casa

Comunidade n= 49		
	n	%
<b>Frequência que sai de casa</b>		
Diariamente	43	87,8
Semanalmente	6	12,2
Quinzenalmente	0	0,0
Mensalmente	0	0,0
Raramente	0	0,0
<b>O que costuma fazer nas saídas</b>		
Consultas	38	77,6
Compras	34	69,4
Encontro com amigos/família	25	51,0
Atividades religiosas	24	49,0
Cuidar da aparência	23	46,9
Passear	21	42,9
Atividades recreativas	21	42,9
Outras	2	4,1
<b>Quem o costuma acompanhar</b>		
Ninguém	24	49,0
Familiares	23	46,9
Amigos	7	14,3
Vizinhos	4	8,2
Voluntários	1	2,0
Outros	0	0,0

Habitualmente, os participantes saem para ir a consultas (referida por 77,6% dos participantes), fazer compras (69,4%), encontrar-se com amigos/família (51,0%), participar em atividades religiosas (49%), cuidar da aparência (46,9%), passear (42,9%) ou participar em atividades recreativas (42,9%). Cerca de 49% dos participantes sai sozinho, 46,9% sai acompanhado por familiares e 14,3% por amigos.

Tabela 12. A quem recorre quando necessita de ajuda

Comunidade <i>n</i> = 49		
	<i>n</i>	%
<b>Tem a quem recorrer</b>		
Sim	49	100,0
Não	0	0,0
<b>A quem recorre</b>		
Família	46	93,9
Amigos	11	22,4
Vizinhos	9	18,4
Voluntários	0	0,0
Outros	0	0,0

Em caso de necessitar de ajuda (qualquer tipo de ajuda), todos os participantes inquiridos (100%) tem a quem recorrer (Tabela 12). De toda a rede social do idoso, a família é o elemento mais referido (93,9%), seguindo-se os amigos (22,4%) e os vizinhos (18,4%).

### **3.2. Perfil de funcionamento dos participantes considerando aspetos sociodemográficos e de contexto, Suporte Social, ansiedade, depressão e Qualidade de Vida**

#### **3.2.1. Rede de Suporte Social**

No que diz respeito à rede social, os participantes obtiveram uma pontuação média total de 14,1 ( $dp=5,4$ ) pontos na Escala da Rede Social de Lubben-6, variando entre 3 e 27 (tabela 13). Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de ERPI e o grupo da comunidade relativamente à pontuação obtida na escala

de Lubben-6. O grupo de ERPI apresenta uma pontuação total significativamente inferior ao grupo da comunidade ( $M=12,0$  e  $M=16,2$ , respetivamente), assim como pontuações mais baixas nas dimensões relativas à família e amigos.

Tabela 13. Caraterização da rede de Suporte Social

	ERPI <i>n</i> = 50		Comunidade <i>n</i> = 49		Total <i>n</i> = 99		Teste
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<b>Rede social (Lubben total) <i>M (dp)</i></b>	12,0 (4,6)		16,2 (5,3)		14,1 (5,4)		$t=4,18$ , $gl=97$ , $p<0,001$
Min-Máx	3 - 24		5 - 27		3 - 27		
<b>Família <i>M (dp)</i></b>	6,6 (2,7)		8,7 (2,9)		7,7 (3)		
Min-Máx	0 - 12		2 - 15		0 - 15		
<b>Amigos <i>M (dp)</i></b>	5,3 (3,7)		7,4 (3,6)		6,4 (3,8)		
Min-Máx	0 - 15		0 - 14		0 - 15		
<b>Grupos Lubben</b>							$\chi^2=5,010$ , $gl=1$ , $p=0,025$
Maior risco de isolamento social ( $\geq 12$ pontos)	23	46,0	12	24,5	35	35,4	
Menor risco de isolamento social ( $\leq 11$ pontos)	27	54,0	37	75,5	64	64,6	

Embora as pontuações médias na dimensão família e amigos sejam próximas, verifica-se que os valores obtidos relativamente à família ( $M=7,7$ ;  $dp=3$ ) são superiores aos valores relativos aos amigos ( $M=6,4$ ;  $dp=3,8$ ). Da totalidade dos participantes, 35,4% apresenta maior risco de isolamento social

Os participantes residentes em ERPI apresentam risco de isolamento social significativamente mais elevado do que os participantes da comunidade (46,0% vs. 24,5%, respetivamente;  $\chi^2=5,010$ ,  $gl=1$ ,  $p=0,025$ ).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos resultados do Lubben-6 relativamente aos grupos de género ( $U=1,022$ ;  $p=0,691$ ), grupo etário ( $U=1,099$ ;  $p=0,613$ ) e estado civil ( $U=1,114$ ;  $p=0,446$ ).

### 3.2.2. Ansiedade

Quanto à caraterização dos sintomas de Ansiedade, medidos através do Geriatric Anxiety Inventory, os participantes obtiveram uma pontuação total média de 7,9 ( $dp=6,6$ ) pontos, variando entre 0 e 19. Não se verificam diferenças significativas nesta

pontuação entre participantes de ERPI e da comunidade ( $t=-0,75$ ,  $gl=96,7$ ,  $p=0,457$ ). Cerca de 50% dos participantes apresenta uma pontuação igual ou superior a 6, 25% tem pontuação igual ou inferior a 2 e 25% tem pontuação superior a 14. Da totalidade dos participantes, 45,0% apresenta uma pontuação indicadora de sintomatologia de ansiedade grave (pontuação  $\geq 8$ ) (Tabela 14).

Tabela 14. Caraterização dos sintomas de Ansiedade

	ERPI <i>n</i> = 50		Comunidade <i>n</i> = 49		Total <i>n</i> = 99		Teste
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<b>Ansiedade (GAI total) <i>M</i> (<i>dp</i>)</b>	8,3 (6,7)		7,4 (6,3)		7,9 (6,6)		<i>t</i> =-0,75, <i>gl</i> =96,7, <i>p</i> =0,457
Min-Máx	0-19		0-19		0-19		
<b><i>Md</i> (<i>P</i><sub>25</sub>; <i>P</i><sub>75</sub>)</b>	7,5 (1,8; 16,0)		5,0 (1,5; 13,0)		6,0 (2,0;14,0)		
<b>Grupos de sintomas de ansiedade</b>							<i>χ</i> <sup>2</sup> =0,508, <i>gl</i> =1, <i>p</i> =0,476
Com sintomas de ansiedade grave (≥ 8 pontos)	25	50,0	21	42,9	46	45,0	
Sem sintomas de ansiedade grave (<7 pontos)	25	50,0	28	57,1	53	53,5	

Comparando a proporção de participantes com pontuação indicadora de ansiedade grave entre o grupo de ERPI e da comunidade, não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=0,508$ ,  $gl=1$ ,  $p=0,476$ ). No entanto, no grupo de ERPI, existe uma proporção ligeiramente superior de participantes com 8 ou mais pontos na GAI, comparativamente ao grupo da comunidade (50,0% vs. 42,9% respetivamente).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos resultados da GAI relativamente aos grupos de género ( $U=1,084$ ;  $p=0,377$ ), grupo etário ( $U=1,238$ ;  $p=0,625$ ) e estado civil ( $U= 0,930$ ;  $p=0,512$ ).

### 3.2.3. Sintomatologia depressiva

No que concerne à sintomatologia depressiva, os participantes obtiveram uma pontuação total média de 4,3 pontos ( $dp=3,5$ ) na Escala de Depressão Geriátrica-15, variando entre 0 e 15. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de ERPI e o grupo da comunidade relativamente a esta pontuação ( $t=-1,08$ ,  $gl=93,7$ ,  $p=0,283$ ). Cerca de 50% dos participantes apresenta pontuação superior a 4,

25% tem pontuação igual ou inferior a 2 e 25% tem pontuação superior a 6 pontos. Da totalidade dos participantes, 31,3% apresenta maior sintomatologia depressiva (pontuação >5) (tabela 15).

Tabela 15. Caracterização da sintomatologia depressiva

	ERPI <i>n</i> = 50		Comunidade <i>n</i> = 49		Total <i>n</i> = 99		Teste
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<b>Sintomatologia depressiva (GDS15 total) <i>M</i> (<i>dp</i>)</b>	4,7	(3,2)	4,0	(3,8)	4,3	(3,5)	<i>t</i> =-1,08, <i>gl</i> =93,7, <i>p</i> =0,283
Min-Máx	0 – 11		0 – 15		0 – 15		
<b><i>Md</i> (<i>P</i><sub>25</sub>; <i>P</i><sub>75</sub>)</b>	4	(2; 8)	3	(1; 5,5)	4	(2; 6)	
<b>Grupos Sintomatologia depressiva</b>	$\chi^2=2,100$ , <i>gl</i> =1, <i>p</i> =0,147						
Maior sintomatologia depressiva (>5 pontos)	19	38,0	12	24,5	31	31,3	
Menor sintomatologia depressiva (0-5 pontos)	31	62,0	37	75,5	68	68,7	

Não verificam diferenças significativas quanto à proporção de maior sintomatologia depressiva nos participantes de ERPI e da comunidade ( $\chi^2=2,100$ , *gl*=1, *p*=0,147). No entanto, no grupo de ERPI existe uma maior proporção de participantes que apresenta maior sintomatologia depressiva (38,0% vs. 24,5% respetivamente).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos resultados da EDG-15 relativamente aos grupos de género (*U*=1,167; *p*=0,123), grupo etário (*U*=1,390; *p*=0,112) e estado civil (*U*=1,218; *p*=0,117).

### 3.2.4. Qualidade de vida

Relativamente à Qualidade de Vida, observa-se que os participantes obtêm uma pontuação média total de 58,5 (*dp*=17,1) pontos, variando entre 25-88 (tabela 16), o que poderá indicar um nível qualidade de vida global moderado.

Analisando cada um dos domínios da escala WHOQOL-Bref, observa-se que o domínio ambiente e o domínio psicológico são os que apresentam pontuações médias mais elevadas (*M*=65,4 e *M*=65,2, respetivamente). Os domínios que apresentam valores médios mais baixos dizem respeito às relações sociais e ao domínio físico

( $M=60,0$  e  $M=59,3$ , respetivamente). Para além disso, estas duas dimensões apresentam limites inferiores mais baixos (domínio físico [21-100]; domínio relações sociais [17-92]).

Tabela 16. Caraterização da Qualidade de Vida

	ERPI <i>n</i> = 50	Comunidade <i>n</i> = 49	Total <i>n</i> = 99	Teste
	<i>M (dp)</i>	<i>M (dp)</i>	<i>M (dp)</i>	
<b>Qualidade de Vida (faceta geral)</b>	56,0 (18,6)	61,0 (15,2)	58,5 (17,1)	$t=1,45, gl=97, p=0,149$
Min-Máx	25-88	25-88	25-88	
<b>Domínio físico</b>	56,4 (17,2)	62,3 (17,5)	59,3 (17,5)	$t=1,69, gl=97, p=0,094$
Min-Máx	21-89	25-100	21-100	
<b>Domínio psicológico</b>	63,9 (15,1)	66,4 (14,9)	65,2 (15,0)	$t=0,83, gl=97, p=0,411$
Min-Máx	38-100	25-96	25-100	
<b>Domínio relações sociais</b>	59,2 (19,0)	60,9 (13,6)	60,0 (16,5)	$t=0,52, gl=97, p=0,607$
Min-Máx	17-92	17-75	17-92	
<b>Domínio ambiente</b>	64,7 (15,7)	66,1 (11,3)	65,4 (13,6)	$t=0,51, gl=97, p=0,616$
Min-Máx	25-100	38-97	25-100	

Analisando o grupo de ERPI e o grupo da comunidade, não se verificam diferenças estatisticamente significativas relativamente à perceção geral de Qualidade de Vida ( $M=56,0$  e  $M=61,0$  respetivamente;  $t=1,45, gl=97, p=0,149$ ), nem em relação a cada um dos domínios avaliados pela WHOQOL-Bref. O grupo de ERPI apresenta, no entanto pontuações ligeiramente mais baixas em todos os domínios.

O domínio das relações sociais apresenta pontuações significativamente diferentes entre homens e mulheres ( $U=1,219, p=0,049$ ), sendo que as mulheres apresentam pontuações mais elevadas dos que os homens ( $M=62,4, dp=13,3$  vs  $M=57,1, dp=14,1$ , respetivamente).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos resultados da WHOQOL-Bref em todas as suas dimensões, relativamente ao grupo etário ( $U>0,917; p>0,069$ ) e estado civil ( $U>0,903; p>0,147$ ).

No estudo das variáveis relacionadas com a situação individual, nomeadamente a periodicidade e tipo de visitas, não foram encontradas diferenças com significado

estatístico em relação aos resultados do Suporte Social, ansiedade, depressão e Qualidade de Vida.

### **3.3. Associações entre as variáveis relativas ao perfil de funcionamento individual**

A tabela 17 apresenta as correlações entre o Suporte Social, a ansiedade, depressão, a Qualidade de Vida (geral e por domínios) e a idade. Relativamente ao Suporte Social, destaca-se a associação positiva moderada com o domínio psicológico da Qualidade de Vida ( $r_s=0,251$ ;  $p<0,05$ ), indicando que participantes com pontuações médias mais elevadas no Suporte Social apresentam uma perceção de Qualidade de Vida mais elevada neste domínio.

A sintomatologia depressiva apresenta uma associação negativa, moderada e estatisticamente significativa, com a faceta geral da Qualidade de Vida ( $r_s= -0,606$ ;  $p<0,01$ ) e com os domínios físico ( $r_s= -0,563$ ;  $p<0,01$ ), psicológico ( $r_s= -0,692$ ;  $p<0,01$ ), relações sociais ( $r_s= -0,400$ ;  $p<0,01$ ) e ambiente ( $r_s= -0,559$ ;  $p<0,01$ ), indicando que maiores níveis de sintomatologia depressiva estão associados a piores resultados nestes domínios da Qualidade de Vida. Observa-se ainda uma associação, positiva elevada e forte entre a sintomatologia depressiva e a Ansiedade ( $r_s=0,760$ ;  $p<0,01$ ).

A Ansiedade apresenta correlações negativa moderadas e estatisticamente significativa com a faceta geral da Qualidade de Vida ( $r_s=-0,606$ ,  $p<0,01$ ), assim como com os vários domínios da Qualidade de Vida ( $r_s>-0,260$ ,  $p<0,01$ )

Relativamente aos domínios da Qualidade de Vida, verificam-se correlações positivas moderadas a elevadas entre a perceção geral de Qualidade de Vida e os restantes domínios ( $r_s>0,581$ ,  $p<0,01$ ). Cada um dos domínios correlaciona-se também de forma positiva e elevada entre si ( $r_s>0,468$ ,  $p<0,01$ ) .

A idade não apresenta correlações significativas com nenhuma das variáveis do perfil de funcionamento individual analisadas, observando-se correlações baixas com todas estas variáveis.

Tabela 17. Correlação entre idade, Suporte Social, Depressão, Ansiedade e domínios da Qualidade de Vida

	Suporte social	Sintomatologia depressiva	Ansiedade	Qualidade de Vida (faceta geral)	Domínio físico	Domínio psicológico	Domínio relações sociais	Domínio ambiente	Idade
<b>Suporte social</b>	1	-0,187	-0,152	-0,186	-0,087	<b>0,251*</b>	0,192	0,165	-0,026
<b>Sintomatologia depressiva</b>	--	1	<b>0,760**</b>	<b>-0,606**</b>	<b>-0,563**</b>	<b>-0,692**</b>	<b>-0,400**</b>	<b>-0,559**</b>	0,163
<b>Ansiedade</b>	--	--	1	<b>-0,516**</b>	<b>-0,449**</b>	<b>-0,539**</b>	<b>-0,260**</b>	<b>-0,389**</b>	0,020
<b>Qualidade de Vida (faceta geral)</b>	--	--	--	1	<b>0,662**</b>	<b>0,668**</b>	<b>0,592**</b>	<b>0,581**</b>	0,038
<b>Domínio físico</b>	--	--	--	--	1	<b>0,674**</b>	<b>0,479**</b>	<b>0,522**</b>	-0,180
<b>Domínio psicológico</b>	--	--	--	--	--	1	<b>0,468**</b>	<b>0,670**</b>	-0,195
<b>Domínio relações sociais</b>	--	--	--	--	--	--	1	<b>0,569**</b>	-0,003
<b>Domínio ambiente</b>	--	--	--	--	--	--	--	1	0,050
<b>Idade</b>	--	--	--	--	--	--	--	--	1

Correlação  $r_s$  de Spearman; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$



## Capítulo IV - Discussão

---



Depois de apresentados e descritos os resultados do presente estudo é imperativo analisar e interpretar os resultados tendo por base o enquadramento conceptual e empírico delineado anteriormente.

O presente trabalho de investigação teve como objetivo analisar as relações entre Suporte Social, ansiedade, depressão e Qualidade de Vida das pessoas idosas a viver em comunidade e ERPI, baseando-se a sua pertinência na urgência de compreender a percepção dos idosos em relação à Qualidade de Vida e por outro lado, perceber qual a relação entre esta e outras variáveis como Suporte Social, ansiedade e depressão, tendo por base o contexto residencial do idoso.

Este estudo recorreu a uma amostra por conveniência constituída por 99 idosos, maioritariamente do género feminino (72,7%) e com uma média de idade de 80 anos, que se subdividem em dois grupos: um grupo residente em ERPI (n=50) e um grupo residente na comunidade (n=49), equivalentes na distribuição em termos de género, idade, estado civil e sector profissional, sendo ambos constituídos maioritariamente por mulheres, com idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos, viúvos, e com o 3º sector (serviços) a agregar a maioria dos participantes ao longo da vida ativa. Os grupos revelam diferenças estatisticamente significativas quanto à escolaridade, enquanto no grupo de ERPI, cerca de 44% dos inquiridos não tem escolaridade obrigatória e 42% frequentou a escola até ao primeiro ciclo, no grupo da comunidade, a maioria tem o primeiro ciclo e apenas 20,4% não frequentou a escola ou não completou o 1º ciclo.

As características sociodemográficas dos participantes são semelhantes às encontradas nos estudos na área do envelhecimento. De acordo com dados do INE (2012), o número de população feminina é acrescida, com o avanço da idade, uma vez que, no grupo etário dos 65 ou mais anos se afere a predominância das mulheres, em relação aos homens, motivado pelo aumento da esperança média de vida à nascença que o género feminino apresenta. Estudos de Carvalho & Dias (2011), bem como os dados recentes do INE, apresentam dados que mostram que nos próximos anos, com o prolongamento da esperança média de vida, crescerá também o número de idosos na

quarta idade, engrossando a faixa etária da população que está acima dos 80 anos, ganhando assim, cada vez mais destaque na sociedade. Os resultados relativos ao estado civil dos participantes, com maior prevalência de viúvos, certamente, devido à idade já avançada que o grupo apresenta, são dados semelhantes aos encontrados por Fonseca *et al.* (2004). A baixa escolaridade dos participantes poderá dever-se à cultura que se vivia na época, caracterizada pelo trabalho em idade mais precoce, em detrimento da formação (Kochhann *et al.*, 2010).

O grupo residente em lar está, em média, há três anos na instituição, sendo os principais motivos de entrada referidos os problemas de saúde, a rede social reduzida, o isolamento, a morte do cônjuge e a perda de autonomia. São variados os motivos que a literatura no domínio aponta como causas para a ida de um idoso para o lar, Born e Boechat (2006) menciona, entre outros, a limitação nas atividades de vida diária, morar só, estado civil e ausência de suportes sociais. Já Wilmoth (2002 como citado por Almeida, 2008) refere a viuvez, doença e deficiência física ou mental. A determinação do motivo de institucionalização mostra-se de elevada importância uma vez que tem influência no processo de adaptação do idoso à instituição (Carvalho & Dias, 2011).

Um aspeto que mereceu a atenção na análise dos resultados do presente trabalho foi as características das relações que os participantes mantêm. Esta importância advém do comprovado efeito positivo do papel do suporte social na aquisição de competências adequadas ao impacto de situações desencadeadoras de sofrimento, permitindo ao idoso um ajustamento positivo no seu dia-a-dia (Ribeiro, 1999). A maioria dos participantes (92%) mantem contacto com a família, sendo mais frequentemente visitados pelos membros da mesma (86%). A investigação na área demonstra que as pessoas idosas que estão institucionalizadas, estando longe do seu âmbito familiar, acabam por considerar que o apoio da família emerge, muitas vezes, como um escape à condição de ausência da sua casa. Em alguns casos, os laços familiares fortalecem-se e a qualidade relacional melhora com a entrada do idoso para a ERPI, uma vez que a carga, por vezes excessiva de cuidar de um idoso dependente, que a família sentia, fica resolvida (Almeida, 2008).

Dentro da própria instituição, os idosos mantêm relação com os diversos elementos da equipa técnica com quem convivem. De acordo com Carvalho e Dias (2011), para que a integração do idoso seja positiva é necessário considerar as relações pessoais internas, ou seja, as que se estabelecem entre os idosos e os restantes utentes, bem como com o pessoal que tem a seu cargo os idosos, de forma a facilitar a adaptação do mesmo ao novo ambiente e rotinas.

Nas atividades mais praticadas nas saídas dos idosos da instituição, destacam-se as saídas para lazer, nomeadamente encontrarem-se com familiares/amigos (44%) e para passear (42%). É comumente aceite em investigação na área que é importante, para a integração do idoso na instituição, fomentar as relações com o exterior, com a família e os amigos, para que o idoso saiba que se preocupam com ele e desenvolver relações que evitem o isolamento social e a solidão (Carvalho & Dias, 2011).

O grupo residente na comunidade vive, em média, há 55 anos no mesmo lugar. A maioria dos idosos vive acompanhada dos filhos (38,8%) ou cônjuges (34,7%), ou vivem sozinhos (28,6%). Pode pensar-se que a população idosa desenvolveu um maior sentido de pertença ao lugar, o sublinhado pelo facto de ser comum esta população viver há muitos anos no mesmo lugar (Phillipson, 2010). Os indivíduos estão ligados às suas casas por laços afetivos, podendo atribuir-lhes um valor simbólico por associação a memórias do passado, desenvolvendo assim um maior sentido emocional ao lugar e à comunidade que os rodeia, talvez por esse motivo, mesmo vivendo sós ou com reduzidas capacidades prefiram não deixar a sua casa.

As relações que os participantes mantêm na comunidade, baseiam-se essencialmente no contacto com a família e com os vizinhos, mantendo visitas diárias e uma relação próxima e amigável com estes. De acordo com investigações com amostras portuguesas, as redes de suporte social estão claramente associadas à qualidade de vida percebida no seu todo, reforçando os dados da literatura, onde os aspetos mais valorizados pelos idosos a residir na comunidade são ter boas relações com a família e os amigos, ter papéis sociais e a ocupação de tempos livres, ter boa saúde e funcionalidade; viver numa zona simpática de boa vizinhança; ter uma visão positiva da vida e manter o controlo e a independência (Paúl, 2005a).

O suporte familiar é considerado como um amortecedor das consequências de acontecimentos traumáticos dos indivíduos, sendo os cônjuges e os filhos as pessoas mais próximas a quem os idosos recorrem primeiro, contudo, enquanto as redes familiares se baseiam na obrigação atuando “involuntariamente”, a rede de amigos/vizinhos age “voluntariamente”, causando assim um efeito mais positivo nos idosos (Paúl, 2005b). Os amigos têm um grande peso no bem-estar subjetivo dos idosos, pois com eles partilham intimidades, recebem apoio emocional, têm oportunidades de socialização, e mesmo apoio instrumental, sendo estas amizades uma fonte de auto-confirmação, valorização do eu e auto-percepção (Paúl, 1991). Já a relação entre vizinhos reflete um envolvimento mais distante do que a amizade, mas baseia-se sobretudo em laços de proximidade, sendo uma relação mais prática, mas que fornece um maior sentido de ligação, de integração e de segurança.

Os resultados encontrados apontam para que, e no que diz respeito à frequência das saídas de casa, predomina a saída diária (87,8%), já nas instituições são as saídas semanais que prevalece (42%). Esta diferenciação poderá dever-se ao facto de que a fase da velhice é caracterizada por algumas manifestações físicas, psicológicas, sociais e debilitantes (Paúl, 1997). Verifica-se que o idoso tem necessidade de sair para realizar tarefas que considerem importantes para si, com as quais sente mais liberdade e realização, contudo, algumas incapacidades funcionais, nomeadamente as de ordem psicológica e motora aparecem, eventualmente mais prevalentes nos idosos residentes em lar, diminuindo a vontade ou dificultando a saída com uma acrescida preocupação com a segurança para andar na rua.

No que diz respeito aos resultados obtidos relativamente às variáveis principais, nomeadamente em relação ao Suporte Social, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. O grupo de ERPI apresenta risco de isolamento social significativamente mais elevado do que os participantes da comunidade. Também no grupo de ERPI, as dimensões relativas à família e amigos apresentam valores significativamente inferiores ao grupo da comunidade.

Wiles e colaboradores (2011) referem que a maioria dos idosos parece preferir permanecer em sua casa à medida que envelhece para continuarem a manter as ligações com a sua rede de suporte social, nomeadamente os amigos e a família. Também para Fonseca (2006), os idosos residentes em instituições tendem a sentir-se mais sós e insatisfeitos, pois os dias são monótonos e estão afastados das suas redes sociais. No mesmo sentido, os resultados dos estudos de Carneiro e colaboradores (2007) revelaram que os idosos que vivem em instituições, mesmo sendo saudáveis, mas que careçam de suporte social, têm uma grande probabilidade de desenvolverem problemas em capacidades/competências sociais, e possuem baixa qualidade de vida, logo, desenvolvem maiores níveis de depressão.

De acordo com a literatura existente no domínio, a falta de uma rede de suporte social é por si só, um dos motivos de institucionalização dos idosos, verificando-se assim, a importância da família e amigos para o idoso. Embora a família, enquanto rede social de apoio informal seja o maior suporte de apoio físico e emocional do idoso, os amigos também têm forte influência no seu bem-estar, pela partilha da intimidade, de interesses, confidencialidade, prestação de cuidados, socialização, entre outros (Sousa, Patrão & Vicente, 2012), parecendo então fundamental fomentar o relacionamento interpessoal do idoso com familiares e/ou amigos ou outros.

Quanto aos resultados que possam indicar sintomas de ansiedade grave, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, contudo o grupo de ERPI apresenta resultados ligeiramente superiores ao da comunidade. Como vimos anteriormente, apesar de a ansiedade ser a resposta adequada a um estímulo e ser útil para nos levar a agir, quando perturba o funcionamento do indivíduo estamos perante alguém que precisa de ajuda médica (Oliveira, Santos, Cruvinel & Néri, 2011). Com a entrada para a instituição, a pessoa idosa tem que se familiarizar com um conjunto de situações completamente novas como espaços, rotinas, pessoas desconhecidas com que vão partilhar a sua vida. Esta nova realidade pode, por isso, originar reações de angústia, medo, revolta e insegurança (Carvalho & Dias, 2011). Fonseca (2005) alerta também para mudança e adaptação do idoso à instituição, que poderá exercer uma influência negativa no seu bem-estar, tendo em consideração

variáveis como a decisão da ida para um lar, o grau de discrepância entre as competências individuais e o ambiente, e as características do próprio indivíduo.

No que respeita aos resultados relativos à presença de sintomatologia depressiva, não se verificam diferenças significativas entre os participantes de ERPI e da comunidade, embora no grupo que reside em ERPI se evidencie um maior número de participantes que apresenta sintomatologia depressiva do que na comunidade. Este é o resultado encontrado por Costa (2005) num estudo com recurso a uma amostra com idosos portugueses a residir em instituição e na comunidade, na qual constatou que a depressão é uma perturbação psiquiátrica extremamente prevalente, quer para os idosos institucionalizados quer para os que vivem na comunidade. Alguns estudos evidenciam que a ocorrência de depressão entre os idosos institucionalizados é 10 a 22% maior quando comparada aos idosos que vivem na comunidade, acrescendo o risco nos primeiros meses de institucionalização. Carvalho e Dias (2011) referem que, é comum que a mudança e adaptação do idoso à ERPI aumentem os sentimentos que o levem a estados depressivos, devido ao corte com o que se passava anteriormente na sua vida diária, bem como à redução da sua rede de socialização.

Estudos com amostras de idosos institucionalizados e não institucionalizados, demonstra que a maior prevalência de sintomas depressivos entre o grupo institucionalizado é maior. O fato de os idosos estarem longe de casa e sujeitos à específica rotina do lar de idosos pode sugerir alguma predisposição para a depressão. Este estado, provavelmente, resulta de um diagnóstico tardio da depressão, mas, acima de tudo, da rotina de institucionalização, que é substancialmente diferente às configurações da família e de casa (Frade, *et. al.*, 2015).

Relativamente à Qualidade de Vida, não se verificam diferenças estatisticamente significativas relativamente à perceção geral de qualidade de vida, nem em relação a cada um dos domínios avaliados pela WHOQOL-Bref. O grupo de ERPI apresenta, no entanto, pontuações ligeiramente mais baixas em todos os domínios. Teixeira (2010) afirma que a Qualidade de Vida vivenciada pelos indivíduos varia de forma significativa consoante residam numa instituição ou na comunidade, sendo que os idosos que vivem na comunidade apresentam mais possibilidades de



realizarem atividades diárias e de conviver com uma rede social mais alargada, o que melhora a sua Qualidade de Vida. Também Keeling (1999) partilha da opinião que os idosos que vivem na comunidade apresentam melhor Qualidade de Vida em diversos domínios, pelo facto de que a permanência em casa permite estarem por mais tempo independentes, terem autonomia e continuarem a manter as ligações com a sua rede de Suporte Social. Lima, Lima & Ribeiro (2010), referem ainda que nas instituições os idosos não podem manter as mesmas atividades que praticavam nas suas casas, por diversos motivos, assim, os idosos ficam com muito tempo ocioso, o que poderá levar a problemas de angústia e depressão, entre outras doenças. Este caso, poderá não se verificar na comunidade, dado que a possibilidade e os horários para realizar os diversos tipos de atividades que desejar e sair de casa é maior.

Contudo, é necessário analisar esta questão do ponto de vista da variabilidade do conceito de Qualidade de Vida e da sua subjetividade. O conceito de Qualidade de Vida está relacionado com diversos aspetos da vida dos indivíduos. Portanto, a Qualidade de Vida dos idosos pode variar significativamente de idoso para idoso, mesmo em idosos que se encontrem por exemplo dentro da mesma instituição, dado que esta perceção é individual e tem a subjetividade como uma das suas características (Vecchia, Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005).

Quando se procede ao estudo das relações entre as variáveis analisadas no presente estudo, verifica-se que os participantes que obtiveram pontuações médias mais elevadas no Suporte Social apresentam uma perceção de Qualidade de Vida mais elevada no domínio psicológico. Como referido por Canavaro *et al.* (2010), o domínio psicológico engloba facetas relacionadas com sentimentos, pensamentos, memória, autoestima, espiritualidade e crenças pessoais, sendo que por outro lado, o domínio das relações sociais considera a atividade sexual, o apoio social e as relações sociais dos idosos, o que pode indicar que a perceção de Suporte Social é mais importante para o idoso, em detrimento de outros domínios.

Paúl (2005a) refere que a investigação na área demonstra o efeito positivo das redes sociais na saúde e no próprio bem-estar psicológico e satisfação com a vida dos idosos, destacando que o suporte percebido corresponde à crença de que os outros

significativos podem ajudar em caso de necessidade, sendo que a experiência passada nesse sentido, reforça, ou não essa crença. A mesma autora afirma que o papel das redes sociais no processo de envelhecimento é decisivo como efeito protetor para evitar o *stress*, sendo as medidas de suporte percebido as que parecem traduzir um efeito mais forte e consistente no bem-estar psicológico.

Também Teixeira (2010) verificou que os idosos que mantêm relações frequentes e satisfatórias com os seus familiares e amigos têm uma melhor Qualidade de Vida, nomeadamente nos domínios psicológico e ambiente.

Os resultados obtidos podem levar a pensar que mais elevados níveis de sintomatologia depressiva, bem como mais elevados níveis de ansiedade, estão associados a piores resultados em todos os domínios de percepção de Qualidade de Vida. A literatura demonstra que a depressão envolve um conjunto de comprometimentos no funcionamento de uma pessoa. Os resultados do estudo de Fleck e colaboradores (2002) mostraram que a presença de sintomatologia depressiva está associada com pior funcionamento social e qualidade de vida, bem como a uma maior utilização dos recursos de saúde. Os indivíduos com maior intensidade de sintomas depressivos avaliaram sua saúde como pior e estão menos satisfeitos com ela do que aqueles com menor intensidade de sintomas depressivos.

Diversos estudos comprovam também que a ansiedade na pessoa idosa aumenta a incidência de declínio físico e psicológico, e reduz a Qualidade de Vida (Bernardino, 2013).

Investigações na comunidade francesa realizadas por Antonucci, Fuhrer, Dartigues (1997 como citado em Santos *et al.*, 2013), assinalam que a percepção e a satisfação com o Suporte Social recebido se correlacionam positivamente com menores índices de sintomas depressivos e de ansiedade. A manutenção de contatos sociais com amigos de longa data, e preservação de emoções positivas com os relacionamentos, mesmo na presença de diminuição da rede de relações, são considerados positivos para a percepção de Qualidade de Vida.

Conclui-se também, que maiores níveis de sintomatologia depressiva se associam a maiores níveis de ansiedade. Byrne (2002 como citado em Oliveira, Santos, Cruvinel & Néri, 2006) destaca que, na maioria das vezes, a ansiedade está associada a transtornos depressivos e a doenças físicas. Também numa investigação de Xavier e colaboradores (2001 como citado em Oliveira e colaboradores, 2006), foi possível constatar que os elevados índices de ansiedade encontrados nos participantes idosos estavam associados com sintomas depressivos, sendo que os autores ressaltam a importância da atitude do médico diante do idoso, devendo considerar a presença de comorbidades entre ansiedade e humor depressivo.

Diversos autores agrupam as duas patologias nos seus trabalhos, como é o caso de Rico (2004), por considerarem que a ansiedade e a depressão são sintomas que tendem a dar-se conjuntamente na velhice, sugerindo até que são praticamente indistinguíveis nos idosos.

Outros estudos apontam ainda que a existência de ansiedade associada a sintomatologia depressiva em idosos, além de comprometer a Qualidade de Vida dessa faixa populacional está relacionada a diversos transtornos, com alta incidência no suicídio (Lopes *et. al.*, 2014).

Verifica-se ainda que a idade não apresenta correlações significativas com nenhuma das variáveis analisadas, o qual poderá ser explicado pelo facto de este estudo recorrer a uma amostra de conveniência, facilitando assim o acesso a uma amostra mais homogénea. A literatura demonstra que a idade é um fator associado às variáveis analisadas, pois indivíduos mais velhos apresentam níveis mais elevados de ansiedade e depressão (Rico, 2004), e apresentam níveis mais baixos de Suporte Social e Qualidade de Vida, dado que a sua rede diminui, bem como a percepção de bem-estar (Rodrigues & Madeira, 2009).

### **Limitações do estudo**

Apesar da concretização dos objetivos de investigação delineados para o presente estudo, importa referir algumas limitações do estudo que podem

comprometer a generalização dos resultados. Desta forma e perante os resultados obtidos, importa referir que não se pretende, efetuar uma generalização dos resultados obtidos para a população idosa portuguesa, uma vez que foi utilizado o tipo de amostragem não probabilística por conveniência e apenas foram inquiridos idosos residentes no distrito de Viana do Castelo. Salienta-se também o facto do tamanho da amostra ser reduzida, uma vez que tal facto pode inviabilizar um conjunto de testes estatísticos. Por sua vez, não sendo o WHOQOL-BREF um instrumento específico para a população idosa, pode ser outra limitação apontada no presente estudo. A OMS (2002) sugere o desenvolvimento de instrumentos *standard* de avaliação para a população idosa, que reconheçam a função física, mental, grau de dependência económica e social, nos diferentes ambientes, culturas e situação socioeconómica. Verifica-se ainda que o questionário sociodemográfico aplicado aos participantes, por ser de resposta fechada, não é claro em situações que é necessário especificar algumas saídas da instituição em que reside (e.g. na tabela 6, não é claro que os participantes que optaram pela resposta “sozinho”, passam fora ou dentro da instituição).

Em síntese, destaca-se a necessidade de realizar novos estudos com amostras mais alargadas, utilizar um tipo de amostragem probabilística aleatória, alargar o estudo a todos os distritos de Portugal e considerar outras variáveis que a literatura tem sugerido influenciar a Qualidade de Vida.

### **Implicações para a prática gerontológica**

Em trabalhos futuros que abordem a temática da qualidade de vida em idosos de contextos residenciais divergentes, surge como crucial reconhecer a necessidade de se obter informação consistente e credível acerca da prevalência da ansiedade e depressão, de modo a estruturar e projetar os meios necessários à prestação de serviços mais adequados para a população idosa. Foi analisado no presente estudo, que a ansiedade em níveis mais elevados pode associar-se a sintomatologia depressiva, assim, programas de prevenção de doenças como a ansiedade e a depressão na comunidade e na instituição, ajudará a detetar antecipadamente sintomas e comorbidades, de forma a não errar o diagnóstico.

É fundamental incidir sobre programas de prevenção e promoção da saúde mental em instituições e na comunidade. A prevenção deve compreender a promoção da saúde como uma área específica da prevenção e ressalta a integração entre prevenção, promoção, tratamento. O foco da promoção da saúde deverá incidir no desenvolvimento de competências e recursos para o confronto com vulnerabilidades individuais e ambientais. A prevenção tem como objetivo a diminuição dos riscos de surgimento de problemas ou transtornos, e o tratamento foca no atendimento assistencial àqueles que possuem um diagnóstico de um transtorno mental. Na complementação deste processo, ações de manutenção são essenciais para adesão ao tratamento ao longo do tempo e para prevenção à recaída e reincidência.

As intervenções ao nível do ambiente físico revelam-se essenciais, nomeadamente na remoção de barreiras arquitetónicas e adaptação ambiental quer nas habitações e instituições, quer nos espaços públicos. A Gerontologia Ambiental assenta na premissa de que as condições ambientais permitem aos idosos desempenharem comportamentos biológicos, sociais e psicológicos adaptativos que estão entre as dimensões mais relevantes para o envelhecer com Qualidade de Vida. Neste âmbito, o processo de envelhecimento pode passar por pequenas melhorias nas condições habitacionais da população idosa, e dessa forma a prolongar a sua vida no seu contexto residencial e com maior Qualidade de Vida, mesmo que as suas capacidades tenham por alguma razão diminuído.

Deve-se ainda, ter em consideração a relevância do Suporte Social para o funcionamento individual, particularmente em situações de maior vulnerabilidade, bem como nas alterações nas redes sociais associadas ao processo de envelhecimento. Assim, é de releva importância intervenções que potenciem as redes sociais das pessoas idosas no sentido de contribuir para um envelhecimento com qualidade, independentemente de qual for o ambiente residencial do indivíduo.

Recomenda-se o desenvolvimento de programas de apoio aos cuidadores informais, para assegurar o apoio aos idosos que residam em casa, bem como aos cuidadores formais, que prestam serviços nas instituições. Estes programas poderiam promover a diminuição do cansaço do cuidador e assentar também na formação

relativa ao processo de envelhecimento, de forma a prestar um melhor cuidado ao idoso.

Em suma, o Gerontólogo Social deve conseguir, através da prevenção e promoção de programas de intervenção nas áreas bio-psico-sociais, que cada vez mais as pessoas envelheçam com êxito, com qualidade, tornando os indivíduos como pró-ativos, sendo que o envelhecimento pode constituir um processo positivo, se acompanhado de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança. Assim, revela-se a necessidade de preparar a sociedade para o envelhecimento demográfico, englobando desde a população mais jovem até aos idosos, onde os órgãos políticos devem estar incluídos na medida em que terão de desenvolver ações e políticas em prol da qualidade de vida dos mais velhos.

## Conclusão

---





Com o acréscimo da longevidade assiste-se a um aumento do interesse científico e social em relação à população idosa, tornando cada vez mais pertinente estudar, numa perspectiva ecológica, o que se passa em diferentes cenários onde residem idosos, para de futuro se diversificarem as alternativas que permitam que os idosos envelheçam com qualidade.

A promoção da saúde física e mental para o bem-estar social das pessoas idosas, passa inevitavelmente pela relação direta entre Suporte Social, Qualidade de Vida e uma relação inversa desses fatores com a sintomatologia depressiva e ansiosa, tendo sido apontado por diversas vezes que a capacidade de interagir socialmente e manter suporte social poderá garantir uma melhor Qualidade de Vida, independentemente do contexto ambiental em que residam.

A importância de uma adaptação bem-sucedida ao contexto residencial é mencionada como uma forma de preservação de saúde física e do bem-estar psicológico dos indivíduos. Contudo, e principalmente quando se muda de contexto residencial numa fase tão tardia da vida e dependendo dos motivos que leva a essa mudança, verifica-se que os idosos tendem a ter dificuldade em gerenciar os seus sentimentos e emoções, sendo muito comum o aparecimento de sintomatologia depressiva e ansiosa. Quando se verifica que o indivíduo não tem apoio da sua rede de Suporte Social, estes sentimentos tendem a piorar. Todas estas variáveis afetam a perceção de qualidade de vida do indivíduo, dado a subjetividade deste conceito, e quais são os indicadores que mais importam para o idoso.

Os principais resultados apontam que o grupo a residir em ERPI apresenta maior risco de isolamento social que o grupo da comunidade, contudo não se verificam diferenças significativas no que concerne à pontuação indicadora de ansiedade grave e de maior sintomatologia depressiva, bem como relativamente à perceção geral de Qualidade de Vida e a todos os domínios avaliados, apesar de o grupo de ERPI apresentar pontuações tendencialmente superiores na sintomatologia depressiva e ansiosa e inferiores na perceção de qualidade de vida.

Constatou-se que sintomatologia depressiva e ansiedade estão positiva e fortemente associadas e por sua vez estão inversamente relacionadas com Qualidade

de Vida. Assim sendo, ansiedade e sintomatologia depressiva estão associados a pior Qualidade de Vida percebida em todos os seus domínios.

O Suporte Social parece ser uma variável importante pela sua ação moderadora, quando é permitido verificar que pontuações mais elevadas na percepção de Suporte Social se associam a uma percepção de Qualidade de Vida mais elevada no domínio psicológico

Partindo dos resultados obtidos, pode-se afirmar que os objetivos a que se propôs esta investigação foram cumpridos, em vez que permitiu conhecer a relação entre Suporte Social, ansiedade, depressão e Qualidade de Vida das pessoas idosas a viver em comunidade e ERPI.

O envelhecimento e a Qualidade de Vida são conceitos complexos quando associados, na medida em que dependem de vários fatores, e com o crescente envelhecimento da população têm sido foco de atenção da investigação. A investigação na área da Qualidade de Vida e da interação pessoa-ambiente é de todo pertinente, uma vez que, só conhecendo a forma como o indivíduo se relaciona com os seus e com o meio em que está inserido, é que poderá ser possível uma intervenção eficaz, no sentido da promoção da saúde e de um envelhecimento saudável.

## **Referências Bibliográficas**

---



- Alkema, G.E. & Alley, D.E. (2006). Gerontology's Future: An integrative model for disciplinary advancement. *The Gerontologist*, 46(5), 574-582.
- Almeida, A. & Rodrigues, V. (2008). A Qualidade de Vida da Pessoa Idosa Institucionalizada em Lares. *Revista Latino-Enfermagem*, 16 (6), 1025-31.
- Almeida, A. (2008). *A Pessoa Idosa Institucionalizada em Lares – Aspectos e contextos da Qualidade de Vida*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Almeida, E.B., Lima-Silva, T.B., Suzuki, M.Y., Martins, D., Ordonez, T.N. & Salmazo-Silva, H. (2012). Gerontologia: práticas, conhecimentos e o nascimento de um novo campo profissional. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(6), 489-501.
- Almeida, M.A.B., Gutierrez, G.L., & Marques, R. (2012). *Qualidade de Vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa*. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Edições Each.
- Altman, I. & Rogoff, B. (1987). World views in psychology: trait, interactional, organismic, and transactional perspectives. In Stokols, D. & Altman, I. *Handbook of Environmental Psychology*. N.Y. pp.7-40.
- Antonucci, T.C., Ajrouch, K.J., Birditt, K.S. (2013). The Convoy Model: Explaining Social Relations From a Multidisciplinary Perspective. *The Gerontologist*, 2013.
- Ballone, G.J. (2001). *Depressão do Idoso, 2001*. Disponível em <[http:// www.psiqweb.med.br/geriat/depidoso.html](http://www.psiqweb.med.br/geriat/depidoso.html)>. Acesso em: 23 de Outubro de 2015.
- Bandeira, M.L. (2012). *Dinâmicas Demográficas e Envelhecimento da População Portuguesa: evolução e perspectivas*. Fundação Francisco Manuel dos Santos: Instituto do Envelhecimento da Universidade de Lisboa.
- Barroso, V. (2006). *Órfãos Geriatras: Sentimentos de Solidão e Depressividade – Estudo Comparativo entre Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados*, in <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0091.pdf>
- Bastos, A., Faria, C. & Carvalho, J.M. (2013). *Aspectos bio-psico-sociais do envelhecimento humano: Contributos para a Gerontologia Social*. Viana do Castelo: documento policopiado.
- Bastos, A., Faria, C. & Carvalho, M. (2013). *Envelhecimento e Qualidade de Vida na Europa: A perspectiva de A. Walker*. Viana do Castelo: Documento Policopiado.
- Batistoni, S.S.T. (2014). Gerontologia Ambiental: panorama de suas contribuições para a atuação do gerontólogo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17 (3), 647-657.

- Bengtson, V.L., Burgess, E.O., Parrott, T.M. (1997). Theory, Explanation, and a Third Generation of Theoretical Development in Social Gerontology. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. 52 (2), 72-88.
- Bengtson, V., Gans, D., Putney, N., & Silverstein, M. (2009). Theories about age and aging. In V.L. Bengtson, D. Gans, N. Putney, M. Silverstein (Eds.), *Handbook of theories of aging*. New York: Springer Publishing Company.
- Bernardino, A.R.P. (2013). *Depressão e Ansiedade em Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados: Valorizar o envelhecimento*. Universidade da Beira Interior (Dissertação de Mestrado).
- Born, T. & Boechat, N.S. (2006). A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: E. V. Freitas, L., Cançado, J., Doll, M. & Gorzoni, L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, pp 1131-1141. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Canavarro, M.C. (2010). Qualidade de Vida: significados e níveis de análise. In Canavarro, C. & Vaz Serra, A. (Coord.). *Qualidade de Vida e Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M.C., Serra, A.V, Pereira, M., Simões, M. R., Quartilho, M.J.R., Rijo, D., Gameiro, S., Carona, C. & Paredes, T. (2010). WHOQOL disponível para Portugal: desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref). In Canavarro, C. & Vaz Serra, A. (Coord.). *Qualidade de Vida e Saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Carneiro, R., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z. & Prette, A. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2), 229-237.
- Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.
- Cohen, S. & Syme, L. (1985). Issues in the Study and Application of Social Support. In Cohen, S. & Syme, L. (Eds.). *Social Support and Health*. San Francisco: Academic Press.
- Costa, A. (2005). A depressão nos idosos portugueses. In Paúl, C. & Fonseca, A.M. (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp.159-176). Lisboa: Climepsi Editores.
- Davim, R.M.B., Torres G.V., Dantas, S.M.M., & Lima, V.M. (2004). Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal: Características socioeconómicas e de saúde. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12(3), 518-2.
- Dias, I. e Rodrigues, E.V. (2012). Demografia e Sociologia do Envelhecimento. In Paúl, C. & Ribeiro, O. (Coord.) *Manual de Gerontologia*. (p.p. 179-202). Lisboa: Lidel.

- Dinis, C.M.R. (1997). *Envelhecimento e Qualidade de Vida no Concelho de Faro*. Dissertação de mestrado. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Drago, S. & Martins, R. (2012). A Depressão no Idoso *Millenium*, 43, 79-94.
- Duarte, M. & Paúl, C. (2007). Avaliação do ambiente institucional-público e privado: estudo comportamental dos idosos. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia da Universidade Sénior Contemporânea*, 1(1), 17-29.
- Farenzena, W. P., Argimon, I. L. Moriguchi, E. & Portuguese, M. W. (2007). Qualidade de vida em um grupo de idosos de Veranópolis. *Resvista Kairós*, 10,(2) 225-243.
- Fernandes, A. (2004). Máxima qualidade a pensar nos idosos. *Medicina & Saúde*, 7 (80), 34-37.
- Fernández – Ballesteros, R. (2000). *Gerontología Social*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). *Envejecer bien: qué es y cómo lograrlo*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Fleck, M.P.A., Lima, A.F.B.S., Louzada, S., Schestasky, G., Henriques, A., Borges, V. R. & Camey, S. (2002). Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 431-438.
- Fonseca, A. M. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In C. Paul, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp.97-108). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M.F. (1999). *O processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.
- Frade, J., Barbosa, P., Cardoso, S., & Nunes, C. (2015). Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, pp.41-48.
- Freixo, M. (2009). *Metodologia científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Hell, D. (2009). *Depressão – que sentido faz? Uma abordagem integrativa* (1ª Ed.). Lisboa: Sete Caminhos.
- Hill, A. & Hill, M.M. (2008). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições sílabo.
- Hooyman, N. & Kiyak, H. (2011). *Social Gerontology.: A multidisciplinary perspective (9th ed.)*. Boston: Pearson Education/Allyn & Bacon.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011 – Resultados Definitivos*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Jacob, L. (2002). *Origem e desenvolvimento das IPSS* [On-line]. Disponível: <http://www.socialgest.pt>.

- Jacob, L. (2007). *Atividade de idosos: actividades*. Porto: Âmbor
- Keeling, S. (1999). Ageing in (a New Zealand) place: Ethnography, policy and practice. *Social Policy Journal of New Zealand*, 13, 95-114.
- Kluthcovosky, A.C.G.C. & Takayanagui, A.M.M. (2007). Qualidade de vida – aspetos conceituais. *Revista Salus-Guarapuava-PR*, 1(1), 13-15.
- Leão, C., Ataíde, A., Revés, M., Marques, M. e Ponte, S. (2011). *Globalização do Envelhecimento – o caso português*. Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade.
- Leite, M., Battisti, E. & Scheuer, A. (2008). Idosos residentes no meio urbano e a sua rede de suporte familiar e social. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 17(2), 250-257.
- Lima, D.L., Lima, M.A.V.D., & Ribeiro, C.G. (2010). Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. *RBCEH, Passo Fundo*, 7(3), 345-355.
- Martin, I., Santinha, G., Rito, S., & Almeida, R. (2012). Habitação para pessoas idosas: problemas e desafios em contexto português. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 177-203.
- Namorado, A.C.F.F. (2013). *Estados afectivo-emocionais em pessoas idosas institucionalizadas e em Centro de Dia*. Tese de Mestrado em Enfermagem. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Oliveira, K.L., Santos, A.A., Cruvinel, M. & Néri, A.L. (2006). Ansiedade, depressão e desesperança em idosos. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 351-359.
- OMS. (2002). *Relatório Mundial de Saúde 2001- Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança*. Ministério da Saúde. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Ornelas, J. (1994). Suporte Social: Origens, Conceitos e Áreas de Investigação. *Análise Psicológica*, 2-3(XII), pp. 333-339.
- Papalia, D.E. & Feldman, R.D. (2013). *Desenvolvimento Humano*. Mc Graw Hill Editora Ltda.
- Paradela, E.M.P. (2011). Depressão em idosos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 10, 31-40.
- Páscoa, P.M.G. (2008). *A importância do envelhecimento activo na saúde do idoso*. Licenciatura em Enfermagem. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa.
- Paúl, C. (1991). *Percursos pela velhice: uma perspectiva ecológica em Psicogerontologia*. Tese de doutoramento. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida – Idosos família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.



- Paúl, C. (2005a). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In Paúl, C. & Fonseca, A.M. (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp.21-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. (2005b). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Revista da Faculdade de Letras – Sociologia*, 15(1), 275-288.
- Paúl, C. (2012). Tendências actuais e desenvolvimentos futuros da Gerontologia. In Paúl, C. & Ribeiro, O. (Coord.) *Manual de Gerontologia*. (p.p. 1-17). Lisboa: Lidel.
- Paúl, C. e Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Phillipson, C. (2010). Aging and urban society: Growing Old in the "Century of the City" In D. Dannefer & C. Phillipson (Eds), *The Sage Handbook of Social Gerontology* (pp.597-606). London: Sage.
- Pinheiro, M. R. (2004). *Uma época especial: suporte social e vivências académicas na transição e adaptação ao ensino superior*. Dissertação de doutoramento não publicada. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Pocinho, M. T. S., Farate, C., Dias, C. A., Lee, T. T., & Yesavage, J. A. (2009). Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist*, 32 (2), 223-236.
- PORDATA. (2014). *Indicadores de Envelhecimento segundo os Censos*. Fundação Francisco Manuel Dos Santos. Dados obtidos em [www.pordata.pt](http://www.pordata.pt), a 10-12-2014.
- Ribeiro, J. (1997). A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas. In J. Ribeiro, *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 253-282). Lisboa: ISPA
- Ribeiro, J.L.P. (1999). Escala de Satisfação como Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 547-558.
- Ribeiro, O., Paul, C., Simões, M., & Firmino, H. (2011). Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging & Mental Health*, 1-7.
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M.J., Araújo, L., Barbosa, S., e Paúl, C. (2012). Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15 (1). pp. 217-234.
- Rico, M.A. (2004). Los trastornos afectivos: depresión y ansiedad. In Rossel, N.Y., Herrera, R.R., & Rico, M.A.(Coord.). *Introducción a la Psicogerontología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rodrigues, R. (2009). *Avaliação Comunitária de uma população idosa: da funcionalidade à utilização de serviços*. Lisboa: Mar da Palavra.

- Rodrigues, v. & Madeira, M. (2009). Suporte social e saúde mental: revisão de literatura. *Revista da faculdade de Ciências da Saúde*, 6, 390-399.
- Rosa, M. J. V. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosa, M.J.V. & Chitas, P. (2013). *Portugal e a Europa: os Números*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rowe, J.W. & Khan, R.L. (1997): Successful Aging. *The gerontologist*, 37, 433-440.
- Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, P. (2006). *Metodologia de pesquisa* (3ª ed.). S. Paulo: McGraw-Hill.
- Santos, R., Santos, P., Santos, V., Duarte, J. (2013). A qualidade de vida do idoso: o caso da Cova da Beira. *Revista de Enfermagem Referência*, 11 (3), pp. 37-48.
- Scheidt, R. & Windley, P.G. (2006). Environmental Gerontology: progress in the Post-Lawton Era. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging*. U.S.A: Elsevier.
- Silva, K. A. C. (2008). *Alzheimer: o fantasma da população idosa e de seus familiares*. Monografia de Mestrado. Rio Branco: Instituto de Ensino Superior do Acre.
- Sousa, L., Figueiredo, D., e Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em Família: os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.
- Sousa, L., Patrão, M. & Vicente H. (2012). Famílias e Envelhecimento: o último estágio do ciclo de vida. In C. Paúl & O. Ribeiro (Corrds.). *Manual de Gerontologia: aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 255-271). Lisboa: Lidel Editores.
- Stuart-Hamilton, I. (2002). *A psicologia do envelhecimento: uma introdução*. Porto Alegre: Artmed.
- Teixeira, L. (2010). *Solidão, depressão e Qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Psicologia.
- Teixeira, P. (2006). *Envelhecendo passo a passo*. Obtido em 25 de Setembro de 2015, de [www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0283.pdf](http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0283.pdf).
- Tomasini, S. L., & Alves, S. (2007). Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. *Passo Fundo*, 4, pp. 88-102.
- Vecchia, R.D., Ruiz, T., Bocchi, S.C. M. & Corrente, J.E. (2005). Qualidade de Vida na terceira idade: um conceito subjectivo. *Revista Brasileira Epidemiológica*, 8 (3), 246-252.

- Walker, A. (2010). Ageing and Quality of Life in Europe. In Dannefer, D. & Philipson, C. (Coord.). *The SAGE Handbook of Social Gerontology* (pp. 573-583). London: Sage Publications Inc.
- WHOQOL Group (1994). Drvelopment of the WOQOL: rationale and current status. *Internacional Journal of Mental Health*, 23, pp. 24-56.
- Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R. E. S. (2011). The meaning of "ageing in place" to older people. *The Gerontologist*, 1-10.

## **Legislação**

Portaria n.º 67/2012, de 21 de março.